نوقشت هذه الرسالة

بعنوان

فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين

وأجيزت يوم **الأحد 2012/9/16** من قبل السادة أعضاء لجنة الحكم التالية أسماؤهم:

الاسم	الصفة	التوقيع
د. دانية القدسي	عضواً مشرفاً	
د. رجاء عواد	عضواً	
د. سناء مسعود	عضواً	

تمّ اجراء التعديلات المطلوبة وأصبحت الرسالة صالحة لمنح

درجة الماجستير في التربية الخاصة

جامعة دمشق

كلية التربية

قسم التربية الخاصة

فاعليّة برنامج تدريبي سلوكي في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديّين

دراسة أعِدَّت لنيل درجة الماجستير في التربية الخاصة

إعداد الطالبة

بِنَان محمّد كيّالي

إشراف الدكتورة

دانية القُدسي

الأستاذة المساعدة في قسم التربية الخاصة

العام الدراسي 2011 – 2012 م

Damascus University

Faculty of Education

Department of Special Education

The effectiveness of behavioral training program to improve the social interaction in children with autism

A dissertation submitted for

Master`s Degree in Special Education

Produced by

Binan Mohammed Kayyali

Supervision by

Dr.Dania Al-Kudsi

School Year 2011 - 2012

الإهداء

- ❖ إلى من أوصاني ربي بهما خيراً
- ❖ إلى من كانت دعواتها لي في السرّ والعلن خير زاد والتي يعجز اللسان عن شكرها... والدتي ...أطال الله في عمرها
- ❖ إلى روح والدي التي لم تفارقني على مرّ الأيام
- ❖ إلى روح عمي الدكتور محمد سعيد فرهود مثلي الأعلى
- ❖ إلى زوجي الغالي عمر وأبنائي محمد سعيد ومحمد ليث
- ❖ إلى وطني الحبيب سوريا أرض الخير والعطاء

بنان

كلمة شكر و تقدير

(سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا إنك أنت العليم الحكيم) [البقرة : 32]

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على خاتم المرسلين سيدنا محمد عليه الصلاة وأتم التسليم، يقول الرسول صلى الله عليه وسلم "لا يشكر الله من لا يشكر الناس" (أخرجه الترمذي وأبو داوود).

لذا أتقدم بجزيل الشكر وعميق الامتنان إلى **الدكتورة دانية القدسي** التي أعطتني من وقتها وجهدها وعلمها ما يعجز اللسان عن وصفه رغم كثرة مشاغلها، فلها منّي الدعاء بالصحة والعافية وطول العمر على العمل الصالح.

كما أخص بالشكر الدكتور مصطفى طيفور عميد كلية التربية بجامعة الفرات لتكرمه بانجاز الجانب العملي من دراستي فله مني وافر الاحترام والتقدير .

ولا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى السادة المحكمين لما قدّموا لي من إرشادات وتوجيهات أسهمت بشكلٍ كبيرٍ في إنجاح وإتمام هذه الدراسة على أكمل وجه.

ولا أنسى الأستاذ عمر العكاري لوقوفه بجانبي وتشجيعي بشكل مستمر على العمل والمثابرة، فله مني وافر الشكر والتقدير.

كما أقدم شكري وامتناني للعاملين في كلٍ من (مركز الرجاء والنور) و(جمعية الطفل والحياة) لما قدّموه لي من مساعدة واهتمام وحسن استقبال.

وكل الشكر والتقدير لكل من ساهم في إتمام هذه الدراسة.

الفهرس

فهرس الجداول

فهرس الملاحق

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

أولاً – مقدمة

ثانياً – مشكلة الدراسة

ثالثاً – أهمية الدراسة

رابعاً – أهداف الدراسة

خامساً – فرضيات الدراسة

سادساً – التعريف بمصطلحات الدراسة

أولاً – مقدمة:

عانى الإنسان في تاريخه الطويل على كوكب الأرض العديدَ من حالات الإعاقة، ومن بينها ما نطلق عليه اليوم ما يسمى بالتوحد Autism والذي كان يعتبر قديماً من حالات الاضطراب العقلي أو الفصام الطفولي أو الصمم أو البكم أو غيرها، إلى أن تمّ اكتشافه من قبل الطبيب النفسي الأمريكي كانر Kanner عام 1943 من بين مجموعة من أطفال ذوي الإعاقة العقلية الذين تعامل معهم، حيث تميز أحد عشر طفلاً منهم بأعراض تختلف عن الأعراض المعروفة للإعاقة العقلية، ورغم هذا الاكتشاف المبكر لم تظهر حالات التوحد وأطيافه في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية .D.S.M إلا في طبعته الثالثة المعدلة في أواخر الثمانينات وفي طبعته الرابعة D.S.M.4R التي ظهرت عام 1994، وكان ظهور الإعاقة في هذا الدليل ضمن مجموعة أطلق عليها اسم مجموعة اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة (أبو سيف، 2006، ص7).

وعلى الرغم من اكتشاف هذا الاضطراب إلا أن البحث في مجال التوحد لا يزال محدوداً في عالمنا العربي وترجع ندرة هذه الدراسات إلى صعوبة تشخيص التوحد، والتي تعتبر من أكبر المشكلات التي تواجه العاملين في مجال التربية الخاصة، وربما يعود السبب في ذلك إلى أن خصائص وسمات هذا الاضطراب غالباً ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى، ولذلك يتعين الحصول على معلومات دقيقة حتى يتم تشخيص الأعراض بدقة، وبالتالي تمييز الأشخاص التوحديين عن غيرهم من الأفراد المصابين باضطرابات أخرى (سليمان، 2000، ص29).

وعلى الرغم من ذلك إلا أن هناك بعض الخصائص والعلامات التي تميز أطفال فئة التوحد عن أطفال الفئات الأخرى كالخصائص الاجتماعية، حيث يعتبر القصور في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين من الخصائص الأساسية والجوهرية للكشف عن التوحد، وقد تظهر مؤشرات هذا القصور في المراحل المبكرة من العمر، وتتمثل في تجنب التواصل البصري مع الأم أثناء الرضاعة أو عدم الاستجابة إلى الابتسامة التي تصدرها الأم أو أن هذه الاستجابة تصدر ولكن ليس في وقتها أو في مواقف لا تستدعي الابتسامة (Strock, 2004, p4)، ويواجه الطفل التوحدي صعوبة في تكوين علاقات وروابط مع الآخرين بالمقارنة مع الطفل غير التوحدي، فهو يهتم بالأشياء التي تدرك بالحواس أكثر من اهتماماته بالناس الآخرين. ويعدّ الضعف في تكوين العلاقات مع الآخرين والتفاعل معهم الجانب السلوكي الأكثر أهمية كمؤشر للإصابة بالتوحد، إلا أن

الضعف لا يعني عدم رغبة الطفل التوحدي في التفاعل الاجتماعي، وإنما يعني عدم القدرة على استخدام مهارات التواصل الفعالة للاستجابة أو الافتقار إلى أسلوب التفاعل الفعال (Garside, 2000, p71).

ويواجه التوحديون أيضاً صعوبات كبيرة في أي تفاعل يتطلب معرفة كيف يفكر الناس الآخرون؟ وماذا يعرفون؟، ويصف كوهن وبراون Cohen & Brown هذا في نظرية العقل وهي أن الأفراد التوحديين غير قادرين على فهم وجهة نظر الآخرين أو حتى فهم أن الآخرين لديهم وجهة نظر مختلفة عن وجهة نظره من حيث المعتقدات والرغبات والأحكام والإدراك (Joseph, Tager, 2004, p140).

وقد قسمت الدراسات والأبحاث الأطفال التوحديين من حيث تفاعلهم الاجتماعي إلى ثلاث فئات:

- **البعيد (aloof):** وهؤلاء الأطفال لا يظهرون أي اهتمام أو تعلق اجتماعي ولا يطلبون أي مساعدة من الآخرين لتلبية حاجاتهم، فهم يغضبون عندما يكونون قرب الآخرين أو أنهم يرفضون الاحتكاك الجسدي أو الاجتماعي معهم.
- **السلبي (passive):** وهؤلاء الأطفال لا يبادرون إلى التفاعل الاجتماعي، ولكنهم يوافقون على مبادرات الآخرين للتفاعل معهم.
- **النشيط ولكنه غريب (active but odd):** وهؤلاء الأطفال يتفاعلون اجتماعياً ولكن بطرق غير مناسبة وغير عادية مما يجعلهم محل رفض وعدم تقبل من الآخرين (Garside, 2000, p71).

إن هذه الاضطرابات وغيرها من السلوكات الشاذة وغير المقبولة اجتماعياً تشكل خطراً حقيقياً يهدد حياة أطفال التوحد ويمنعهم من مواكبة حياتهم بالصورة الطبيعية الملائمة، وعلى هذا الأساس يعد توفير الرعاية النفسية والإرشادية والعلاجية للأطفال التوحديين كغيرهم من الأطفال ذوي الإعاقة واجباً من واجبات المجتمع نحو مجموعة من أبنائه لم تنل حظها من الرعاية والاهتمام، حتى يصبح بإمكانهم تحقيق مستوى مقبول من الصحة النفسية والتوافق النفسي من جراء تقديم البرامج التربوية الخاصة لهم سواءً أكانت تلك البرامج تدريبية أم إرشادية أسرية أم علاجية، إذ تمثل تلك البرامج شكلاً أساسياً من أشكال الرعاية النفسية والتربوية المخططة التي تهدف إلى إكساب مثل هؤلاء الأطفال أساليب واستراتيجيات تسهم في مساعدتهم على الانخراط في المجتمع المحيط بهم (محمد أ، 2002، ص367).

ثانياً – مشكلة الدراسة:

يُعدّ التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبةً وتعقيداً وذلك لأنه يؤثر في الكثير من مظاهر نمو الطفل المختلفة وبالتالي يودي به إلى الانسحاب للداخل والانغلاق على الذات فيضعف اتصال الطفل بعالمه المحيط ويرفض أي نوع من الاقتراب الخارجي منه، ويجعله يفضل التعامل مع الأشياء غير الطبيعية أكثر من الأشخاص المحيطين به، وهذا يجعل مَن حوله دائم الحيرة في طريقة التعامل معه ومن ثم تزداد المشكلة تعقيداً وذلك لعدم توفر الطرائق أو البدائل السريعة والسهلة لاختراق هذا الغلاف الزجاجي الذي يفضِّل أن يبقى فيه هؤلاء الأطفال (نصر، 2002، ص15).

كما يظهر التوحد في جميع أنحاء العالم وبمختلف الجنسيات والطبقات الاجتماعية والخلفيات الثقافية، وقد أوضحت الدراسات الحديثة أن التوحد يعدّ الإعاقة الرابعة الأكثر انتشاراً بالنسبة للإعاقات المختلفة والتي تتمثل في الإعاقة العقلية والصرع والشلل الدماغي، حيث يحدث اضطراب التوحد في حوالي (5:4) أطفال لكل (10000) مولود ويحدث بنسبة (15:10) من بين (1000) طفل في الولايات المتحدة الأمريكية ويحدث بمعدل (4:1) من الذكور عن الإناث (الزارع، 2004، ص28).

ولعلّ أكثر ما يعاني منه أطفال التوحد هو القصور في الجانب الاجتماعي سواءً أكان ذلك في السلوك الاجتماعي أو العلاقات الاجتماعية أو التفاعلات الاجتماعية، وهذا ما تمّ تحديده من قبل المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية Detroit Medical Center (1998)، حيث حدّد المركز عدداً من السمات التي تميز الأطفال التوحديين وهي: ضعف العلاقات الاجتماعية والتواصل والسلوكيات والعمليات الحسية الإدراكية واللعب (محمد ب، 2002، ص262).

ويعد انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أكثر الملامح المميزة للاضطراب التوحدي وأشدها، فمعظم الأطفال التوحديين يكونون قليلي التفاعل الاجتماعي وغالباً ما يوصفون بأنهم (في معزل) أو (أنهم في عالمهم الخاص)، إذ يقضي الطفل جزءاً كبيراً من الوقت بمفرده بدلاً من تواجده مع الآخرين، ولا تبدو عليه السعادة أبداً إلى جانب أنه يعاني من قصور في الاهتمامات الاجتماعية قياساً بأقرانه في مثل سنه فيبدي قدراً ضئيلاً من الاهتمام بتكوين الصداقات وتقل استجابته للإشارات الاجتماعية كالتواصل بالعين أو بالابتسام مثلاً، وهذا ما حدّده التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية (1994) في تشخيصه لهذا الاضطراب النمائي بأنه يتسم بوجود نوع مميز من الأداء غير السوي في مجالاتٍ ثلاثة يأتي التفاعل الاجتماعي في مقدمتها وهذا ما أبرزه جيلسون Gillson (2000) أيضاً، حيث

اعتبر أن اختلال الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي يمثل الخاصية الأساسية للاضطراب، كذلك فإن النمو الاجتماعي للأفراد التوحديين لا يتطور بخطى توازي نموهم العقلي، فبينما قد يبلغ نموهم العقلي المدى الطبيعي أو حتى فوق الطبيعي نجد أن نموهم الاجتماعي يتخلف عن ذلك كثيراً، مما يؤدي إلى اعتباره غير ناضج اجتماعياً وإلى حدوث العديد من المشكلات وهي التجنب الاجتماعي واللامبالاة الاجتماعية والفظاظة الاجتماعية، حيث نجد أن الطفل التوحدي يتجنب كل أشكال التفاعل مع الآخرين ويغضب عندما يحاول أحد الأشخاص التفاعل معه، كما ينقصه التعاطف مع وجهات نظر ومشاعر الآخرين ولا ينشغل في التفاعلات والأعمال التعاونية أو المتبادلة مع المحيطين به ويرفض أي نوع من الاتصال والتفاعل الطبيعي الاجتماعي حتى البسيط منه، ويذكر محمد كامل (1997) أن فهم الفرد التوحدي للتفاعلات والعلاقات الاجتماعية يعدّ من أصعب الأشياء بالنسبة إليه (كامل، 1997، ص271).

وهكذا نجد مما سبق أن التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين يمثل عجزاً أساسياً بالنسبة لهم وقصوراً حاداً يتطلب التدخل والعلاج، وبناءً على ذلك فلا بدّ من العمل على تحسينه من خلال مجموعة من الأنشطة المنوّعة التي تنمّي قدرة الفرد على التواصل وفهم اللغة وعلى حدوث التفاعلات الاجتماعية في المواقف المختلفة، لأن ذلك يؤدي إلى تحسين الوعي الاجتماعي لدى هؤلاء الأطفال ويعمل على حل العديد من مشكلاتهم الاجتماعية وتطوير العلاقات الاجتماعية فيما بينهم ويزيد من تفاعلاتهم الاجتماعية مع الآخرين، وهذا يجعل سلوكهم يتماشى إلى حدٍ كبير مع توقعات الجماعة وبالتالي مع المعايير الاجتماعية وهو ما يكشف عنه التراث السيكولوجي في هذا المجال (محمد أ، 2002، ص218).

وقد قامت الباحثة بدراسة استطلاعية في بعض مراكز التوحد ولاحظت وجود قصور واضح لدى الأطفال التوحديين في التفاعل الاجتماعي، إضافةً إلى قلة البرامج التدريبية المقدمة لهم على الرغم أن العديد من الدراسات السابقة تأكد على أهمية تقديم البرامج العلاجية لهؤلاء الأطفال والتي من شأنها أن تحسن من سلوكياتهم وتزيد من تفاعلاتهم الاجتماعية وتحسن أيضاً قدراتهم على التكيف، إذ أنهم قد يكتسبون من خلال مثل هذه البرامج مهارات جديدة تساعدهم على الأداء المقبول في العديد من المواقف التي يتعرضون لها سواءً أكانت تلك المواقف منزلية أم مدرسية أم مجتمعية، وهو ما أظهرته نتائج كثير من الدراسات في هذا الصدد كدراسات عادل عبد الله محمد (1999، 2000، 2002)، ودراسة اديلسون Edelson (1999)، ودراسة غزال(2007)، ودراسة إسماعيل بدر (1997)، ودراسة جونزاليز لوبير وكامبس Gonzalez Lopez &

Kamps (1997)، ودراسة ليندا جاريسون وهاريل Garrison & Harrell (1997)، ودراسة كارتر وماري Carter Cynthia, Marie (2000)، ودراسة عويجان (2012)، ودراسة دوروثي Dorothy (2011).

ومما لا شكّ فيه أن تحقيق هذا الأمر يحتاج إلى دراسة جادة وإلى تخطيط خاص وبرامج خاصة بهذه الفئة، ومن هنا انبثقت مشكلة الدراسة الحالية لأهمية موضوع التفاعل الاجتماعي وضرورة توفير البرامج الخاصة بفئة التوحد، مما وجّه اهتمام الباحثة إلى تصميم برنامج تدريبي سلوكي يسعى إلى زيادة التفاعل الاجتماعي لديهم عن طريق تدريبهم على بعض الأنشطة المتنوعة واستخدام فنيات متعددة ، وفي ضوء ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي الآتي :

مامدى فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين ؟

ثالثاً – أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في ضرورة الاهتمام بفئة التوحد، حيث تُعتبر هذه الفئة من أكثر الفئات التي لم تلقَ الاهتمام الكافي والخدمات المناسبة والبرامج التدريبية المخصصة، وبالتالي تتجسد أهمية الدراسة في النقاط التالية:

1- أهمية رعاية الفئة المستهدفة من البرنامج وهي فئة التوحد والتي لا تزال تعاني من نقص في البرامج المقدمة لها.

2- حاجة الأطفال التوحديين إلى برامج الرعاية والتدخل المبكر التي تعمل على تنمية مجالات النمو إلى أقصى حدٍ ممكن، مما يحقق لهم الاعتماد على أنفسهم في تلبية حاجاتهم اليومية.

3- إن تنمية التفاعلات الاجتماعية لدى هذه الفئة يُيَسّر لهم عملية التواصل والتكيف الاجتماعي وبالتالي الاندماج مع الأفراد في المجتمع المحيط بهم.

4- تزويد المهتمين بالأطفال التوحديين ببرنامج مقترح لزيادة التفاعل الاجتماعي لديهم.

رابعاً – أهداف الدراسة:

يهدف البحث الحالي إلى تحقيق ما يلي:

1- إعداد برنامج تدريبي سلوكي يسعى إلى تحسين التفاعل الاجتماعي (الإقبال الاجتماعي، الاهتمام الاجتماعي، التواصل الاجتماعي) لدى عينة من الأطفال التوحديين باستخدام مجموعة من الأنشطة المتنوعة.

2- الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين في عمر (6–8) سنوات.

خامساً – فرضيات الدراسة:

يسعى البحث الحالي إلى التأكد من صحة الفرضيات التالية:

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط درجات أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده الفرعية.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياسين (القبلي – البعدي) على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده الفرعية.

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة بين القياسين (القبلي – البعدي) على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده الفرعية.

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياسين (البعدي – التتبعي) على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده الفرعية.

سادساً – التعريف بمصطلحات الدراسة:

فيما يلي تعريف لأهم مصطلحات البحث:

1- الفاعلية Effectivwness:

وهي القدرة على تحقيق الأهداف والوصول إلى النتيجة المقصودة وفقاً لأسس ومعايير محددة سابقاً (عبد الرحيم، 1990، 74).

وتعرف الفاعلية إجرائياً:

تعني قدرة البرنامج التدريبي السلوكي على تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين في المجموعة التجريبية، ويقاس مدى التحسن من خلال زيادة درجاتهم على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده الفرعية.

2- البرنامج التدريبي المقترح:

يقصد بالبرنامج التدريبي في الدراسة الحالية أنه برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس عملية وتربوية تستند إلى مبادئ المدرسة السلوكية وفنياتها، وذلك لتقديم الخدمات والتدريبات المباشرة من خلال عدد الجلسات التي تهدف إلى تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين (عينة الدراسة) وذلك عن طريق تنمية قدرات ومهارات هؤلاء الأطفال واستعداداتهم إلى أقصى حدٍ ممكن.

3- التوحد Autism:

كثرت التعريفات التي تناولت موضوع التوحد، ومن أهمها:

تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد The American Society of Autism (1999):

بأنه نوع من الاضطرابات التطورية النمائية يظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، حيث ينتج هذا الاضطراب عن خلل في الجهاز العصبي ويؤثر بدوره على وظائف المخ وبالتالي قد يؤثر على مختلف نواحي النمو فيؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي وقصور في الاتصال

(Autism Society of American, 1999).

كما تم تعريف التوحد في الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة:

بأنه اضطراب سلوكي شديد نادر يضطرب فيه السلوك والتواصل والتفكير وتظهر خصائصه المرضية عادةً قبل بلوغ الطفل سن الثالثة، وهذه الخصائص هي:

- العجز الحسي الظاهر.
- الفشل في تطوير العلاقات الاجتماعية.
- الإثارة الذاتية المفرطة.

- نوبات الغضب.
- القصور النوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- العجز السلوكي الشديد (الخطيب، 2001، ص53).

الأطفال التوحديون (Children With Autism Disorder):

هم الأطفال المصابون باضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي وظيفي في الدماغ يظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر، ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين، وضعف واضح في التفاعل، وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب، وظهور أنماط من السلوك الشاذ وضعف في اللعب التخيلي (عامر، 2008، ص22).

ويعرّف الأطفال التوحديون إجرائياً:

بأنهم الأطفال الموجودون في مركز الرجاء والنور في مدينة حلب والمشخصون باستخدام معايير التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-4) وقائمة السلوك التوحدي (ABC) ذوو الدرجة المتوسطة (من التوحد)، كما تتراوح أعمارهم بين (6–8) سنوات.

4– التفاعل الاجتماعي Social Interaction:

ويعرفه جيلسون Gillson بأنه المهارة التي يبديها الطفل في التعبير عن ذاته للآخرين والإقبال عليهم والاتصال بهم والتواصل معهم ومشاركتهم في الأنشطة الاجتماعية المختلفة والانشغال بهم وإقامة صداقات معهم واستخدام الإشارات الاجتماعية للتواصل ومراعاة قواعد الذوق الاجتماعي العام في التعامل معهم (Gillson, 2000).

ويعرف التفاعل الاجتماعي إجرائياً:

بأنه عملية اقبال الطفل على الآخرين والانشغال بهم والقدرة على اقامة علاقات اجتماعية جيدة والحفاظ عليها وهو ما قد ينعكس على مستوى نضجهم الاجتماعي، كما ويعرف التفاعل الاجتماعي بأنه الدرجة التي يحصل عليها الطفل التوحدي على كل بعد من أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي والمتمثلة بـ (الإقبال الاجتماعي، الاهتمام الاجتماعي، التواصل الاجتماعي).

- **الإقبال الاجتماعي:**

ويعني إقبال الطفل على الآخرين وتحركه نحوهم وحرصه على التعاون معهم والاتصال بهم والتواجد بينهم. (محمد أ، 2002، ص287).

- **الاهتمام الاجتماعي:**

ويعني الانشغال بالآخرين والسرور لوجوده معهم ووجودهم معه والعمل جاهداً على جذب انتباههم واهتمامهم به ومشاركتهم انفعالياً. (المرجع السابق، 2002، ص287).

- **التواصل الاجتماعي:**

ويعني القدرة على إقامة علاقات جيدة وصداقات مع الآخرين والحفاظ عليها والاتصال الدائم بهم ومراعاة قواعد الذوق الاجتماعي العام في التفاعل معهم (المرجع السابق، 2002، ص287).

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

المحور الأول – التوحد

المحور الثاني – التفاعل الاجتماعي

المحور الأول

التوحّد

أولاً – مقدمة
ثانياً – تعريف التوحد
ثالثاً – أسباب التوحد
3-1- أسباب عضوية بيولوجية
3-2- أسباب جينية وراثية
3-3- أسباب نفسية سيكولوجية
3-4- أسباب بيئية
رابعاً – نسبة انتشار التوحد
خامساً – خصائص الأطفال التوحديين
5-1- الخصائص المعرفية للطفل التوحدي
5-2- الخصائص السلوكية للطفل التوحدي
5-3- الخصائص الحسية للطفل التوحدي
5-4- الخصائص الاجتماعية للطفل التوحدي
5-5- خصائص أخرى

سادساً – تشخيص التوحد

سابعاً – علاج التوحد

7-1- مبادئ التدخل العلاجي

7-2- أساليب التدخل العلاجي والتأهيلي

7-2-1- أساليب التدخل النفسي

7-2-2- أساليب التدخل السلوكي

7-2-3- أساليب التدخل الطبي

7-2-4- أساليب العلاج بالفيتامينات

7-2-5- أساليب العلاج بالحمية الغذائية

المحور الأول
التوحّد

أولاً – مقدمة:

ظلّ التوحد لسنواتٍ طويلةٍ مجهولاً وغامضاً عن الكثير من الناس والمختصين أنفسهم لاعتباراتٍ كثيرة، منها أنه كان هناك لبسٌ بينه وبين أعراض أخرى كالفصام والإعاقة العقلية، ومنها للتسميات المختلفة التي كان يطلقها الباحثون في مجال التربية الخاصة، ففي البدايات كان التوحد عبارة عن كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال، واشتقت كلمة Autism من Autos وتعني الذات وism وتعني حالة Condition (أمين، 2008، ص72)، وسميت بالعربية بالذووية، والتوحد لا يعني الانطوائية، وهو كحالة مرضية ليس عزلة فقط ولكن رفض للتعامل مع الآخرين مع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص لآخر (الأحمد، 2005، ص13)، إضافةً إلى ذلك تتميز الحالة أيضاً بأنماط من السلوك والاهتمامات والأنشطة تتسم بمحدوديتها وتكرارها ونمطيتها، وقد تأخذ شكل التصلب والروتين في الأداء اليومي والأنشطة وأنماط اللعب، وقد يكون هناك ارتباط معين بأشياء غير عادية، وكثيراً ما تكون هناك انشغالات نمطية ببعض الاهتمامات إلى جانب أنماط حركية أو اهتمام خاص بعناصر غير وظيفية في الأشياء كرائحتها أو ملمسها، إضافةً إلى مقاومة أي تغير في الروتين أو في البيئة المحيطة.

يُعتبر اضطراب التوحد من أشدّ وأصعب اضطرابات النمو لما له من تأثير ليس فقط على الفرد المُصاب به وإنما يؤثر أيضاً على الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه، وذلك لما يفرضه هذا الاضطراب على المصاب به من خلل وظيفي يظهر في معظم جوانب النمو (التواصل، اللغة، التفاعل الاجتماعي، الإدراك الحسي والانفعالي)، مما يُعيق عمليات النمو واكتساب المعرفة وتنمية القدرات والتفاعل مع الآخرين. لذا يُعد التدخل العلاجي والتأهيلي للتوحديين أمراً في غاية الأهمية ينبغي أن تتكاتف من أجله جهود الأفراد والمؤسسات والمجتمعات (Kaneen, 2010, p34).

ثانياً– تعريف التوحد:

استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة للتوحد منذ اكتشاف هذا الاضطراب، من هذه التسميات:

– فصام الطفولة المبكرة Early Infantile Autism

– اجترارية الطفولة المبكرة Early Childhood Autism

– ذهان الطفولة Children Psychosis

– النمو غير السوي (الشاذ) Atypical Development

– إعاقة التوحد Autism: وهو الأكثر دقة لفظياً، ويعني الاسترسال في التخيل تهرباً من الواقع ويحمل في طياته الكثير من المعاني التي تميز الطفل التوحدي (أبو سيف، 2006، ص8).

ويعدّ البروفسور Leo Kanner أول من أطلق مفهوم التوحد على هؤلاء الأطفال عام 1943 عندما نجح في تحديد التوحد من خلال عرضين رئيسين هما: إصرار المصاب بالتوحد على العزلة عن الآخرين وخصوصاً في السنوات الأولى من العمر، بالإضافة إلى المحافظة على التماثل (الزريقات، 2004، ص30).

وجاء تعريف **كانر** للتوحد بأنه اضطراب لا يظهر قبل سن الثالثة وإنما له مؤشرات تظهر منذ الطفولة المبكرة، ويعاني الأطفال المصابون بتلك الحالة من عدم القدرة على الاتصال بأي شكل من الأشكال مع الآخرين ومن ضعف أو انعدام وجود اللغة لديهم خصوصاً في مراحل العمر الأولى، وإذا وجدت فإنها تتصف بالمصادأة والترديد، وتميزهم بالسلوك النمطي ومقاومة أي تغيير في البيئة من حولهم وضعف القدرة على التخيل والربط، لكن في المقابل يتمتع البعض منهم بذاكرة قوية ويتصفون بنمو جسمي طبيعي مقارنةً مع غيرهم من الأطفال في نفس المرحلة العمرية (Stephane, 2008, p5).

لقد أثر تعريف Kanner تأثيراً واضحاً في مجال التوحد، ومازالت التعريفات الحديثة تستند إلى ما قدمه Kanner حول التوحد حتى يومنا هذا.

ويعرّف **عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدمياطي** التوحد بأنه اضطراب شديد في عملية التواصل، ويصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ويؤثر على سلوكهم، حيث يتسم هؤلاء الأطفال بالافتقار إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح والانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وتبدد المشاعر (الشخص، 1992).

ويرى **إسماعيل بدر** أن التوحد هو اضطراب انفعالي يظهر من خلال العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، حيث ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية وخاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة، ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية (بدر، 1997).

وقد عرف التوحد أيضاً في مؤتمر التوحد الذي عُقِد في انكلترا (1999):

بأنه اضطراب نمو طويل المدى يؤثر على الأفراد طيلة فترة حياتهم، وتتمركز الخسائر التي تأتي من الاضطرابات في الآتي:

- فقدان العلاقات الاجتماعية.
- فقدان سائر أنواع الاتصالات اللفظية أو غير اللفظية.
- فقدان رؤية الطفل للعالم من حوله ومشكلات تعلمه من خبراته.
- مشكلات في التخيل والإدراك واللعب (Autism, 1999, p13).

كما يعتبر تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين من أكثر التعريفات قبولاً لدى المهنيين (National society for Autistics children):

وينصّ على أن التوحد هو عبارة عن المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهراً، ويتضمن الاضطرابات التالية:

- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.
- اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.
- اضطراب في الكلام واللغة والمعرفة.
- اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات (Lord, 2001, p23).

وقد اتّفقت مجموعة من الخبراء في **مؤتمر التوحد الأول** عام (2000) الذي أقيم في دولة الكويت على أن التوحد هو اضطراب قابل للعلاج الطبي والتدريبي وهو يصيب المخيخ بزيادة في عدد الخلايا وهي سبب الاعتلال باعتبارها تحتوي على المراكز المسئولة عن السلوك وتكوين المهارات الاجتماعية (أمين، 2008، ص77).

ويعرّف الدكتور **ناظم الطحان** إعاقة التوحد أو مسمى الانغلاق الطفولي على الذات بأنه اضطراب شديد للنمو العقلي والاجتماعي يبدأ عند الولادة أو بعدها سريعاً، ولا يحدث الانغلاق على الذات إلا لدى (طفل أو طفلين لكل 10000 طفلاً) مما يجعلها حالة نادرة جداً (عامر، 2008، ص20).

ويعرّف **القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين (IDEA)** التوحد بأنه إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن

الثالثة من العمر وتؤثر سلبًا على أداء الطفل التربوي، ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي ترتبط بالتوحد هو انشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغيير البيئي أو مقاومته للتغيير في الروتين اليومي، إضافةً إلى الاستجابات غير الاعتيادية أو الطبيعية للخبرات الحسية (Lord, 2001, p37).

في حين ترى **الجمعية الأمريكية للتوحد The American Society of Autism** (2001) أن التوحد يظهر بمظاهره الأساسية خلال الثلاثين شهراً الأولى من عمر الطفل وتمس الاضطرابات كلاً من: نسبة النمو والتطور وما يتبعها، والاستجابة للمثيرات الحسية، والنطق واللغة والقدرات المعرفية، القدرات المرتبطة بالناس والأحداث والأشياء (الزريقات، 2004، ص33).

ومؤخراً قرّرت **منظمة الصحة العالمية** تعديل الترجمة العربية لاسم المرض إلى اسمه العلمي الصحيح وهو (الذاتوية)، لأن التوحد معناه أن يتقمص الشخص مشاعر الآخرين وتفكيرهم وهذا بعكس ما يحدث في الذاتوية، حيث أن أهم أعراضه هو عدم القدرة على التواصل العاطفي والاتصال بمن حوله والانعزال التام لذا يستحيل التوحد، والعرض المهم الآخر هو تدهور اللغة عند هؤلاء الأطفال مع اضطرابات سلوكية وعصبية، وعندما نقول توحد الشخص يعني ذلك تواصله ومحاولته أن يكون جزءاً من الآخر، وهذا لا ينطبق بأي حال على أطفال التوحد (الخولي، 2007، ص87).

ويعرّف الاضطراب حسب منظمة الصحة العالمية بأنه الانصراف إلى الأفكار الذاتية وأحلام اليقظة والأوهام والابتعاد عن الحقائق الواقعية وطغيان تفضيل الذات والنفس على كل ما هو في محيطها (مختار، 2009، ص19).

ثالثاً – أسباب التوحد:

لقد تعدّدت الأسباب التي تم إرجاعها لحدوث اضطراب التوحد وذلك للغموض الذي يحيط بها، إلا أنه حتى الآن لم يتم اعتماد هذه الأسباب بشكل علمي قاطع، فلا يمكن أن نرجع حالة التوحد إلى سبب معين بحد ذاته ونقول انه ثبت علمياً وبشكل قاطع أن هذا السبب أو ذاك مسؤول عن حدوث حالة التوحد، فحتى تاريخ اليوم لا يزال السبب الحقيقي الواقعي لحدوث التوحد غير معروف، ولكن يتم عرض بعض من هذه الأسباب التي يعتقد العلماء أنها ذات صلة باضطراب التوحد:

3-1- أسباب عضوية بيولوجية:

وجد العالمان دايكن وفولكمار Dyken & Volkmar أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد قد تعرضن لتعقيدات الحمل أكثر من أمهات الأطفال الطبيعيين، مثل حالات النزف التي كانت تصيبهن خصوصاً بعد الأشهر الثلاث الأولى من الحمل، وكذلك الحصبة الألمانية أثناء الحمل (Dyken, 1997, p136).

في حين أشار جيس وكورن Chess& Korn إلى أن نسبة حدوث حالة التوحد أعلى لدى الأمهات اللواتي يتم إعطاؤهن لقاح الحصبة الألمانية أثناء الحمل مقارنةً مع الأمهات اللواتي لم يتم إعطاؤهن هذا اللقاح (Chess,1991,p 699).

وبيّن Calvin أن نسبة حدوث التوحد تزداد في حالات الولادة المبكرة (الخداج) والولادة العسرة.

كما أظهر Gero وجود بعض حالات الإدمان على الكحول والأمراض النفسية والعقلية لدى أسر الأطفال المصابين بالتوحد، وأشار إلى كثرة حدوث حالات الحساسية لبعض المواد المستنشقة وبعض المأكولات في أسر هؤلاء الأطفال، مما قد يشير إلى أسباب مناعية أو متعلقة المناعة (Gero, 1997, p86).

3-2- أسباب جينية وراثية:

بيّنت العديد من الدراسات الجينية التي ركزت على دراسة الكروموسومات خصوصاً في حالات ولادة التوائم المتطابقة، حيث أجريت ثلاث دراسات في مجال التوائم (اثنتان في بريطانيا والثالثة في اسكندفانيا)، أن معدل حدوث حالة التوحد في التوائم من نفس الخلية Monozygotic يتراوح بين (36–91%)، وهذا ما أكدته الدراسة التي قام بها Judd & Mandell، حيث أشارت إلى أن نسبة حدوث هذا الاضطراب في التوائم المتطابقة تكاد تكون (100%) في حالة إصابة إحداهما باضطراب التوحد ويعود السبب إلى التطابق الوراثي الكبير في الجينات والكروموسومات في حالة التوائم المتطابقة (الراوي، 1999، ص34). أما عن أحدث الدراسات في اكتشاف الجينات المتورطة بإحداث التوحد في جامعة أكسفورد (2001) من خلال تحليل الحمض النووي DNA لأكثر من (150) زوجاً من الأخوان والأقرباء للمصابين بالتوحد وجد أن هناك منطقتين في الكروموسوم رقم (2) والكروموسوم رقم (7)، ربما تحتضن الجين الذي يجعل الأفراد الأكثر قابلية للتوحد (العبادي، 2006، ص27).

كما يعاني (75–80%) من أطفال التوحد من الإعاقة العقلية، ووجد أن (15–20%) منهم يعانون من الإعاقة العقلية الشديدة ونسبة ذكاء أقل من (35) درجة، وأن أكثر من (10%) من أطفال التوحد لديهم مستوى ذكاء أعلى من المتوسط أو شذوذ في القدرات العقلية، كما أن معظم أطفال التوحد لا يستطيعون الإجابة على اختبارات الذكاء بشكل مضبوط فنجد أن أداءهم جيد في اختبار قياس المهارات البصرية ولكن أداءهم ضعيف في الاختبارات اللغوية، وتفسير ذلك أن اختبارات الذكاء صممت على الأطفال العاديين وليس على أطفال التوحد (الجلبي، 2005، ص51).

3-3- أسباب نفسية سيكولوجية:

أجريت بعض الدراسات لتحرّي صحة ما إذا كان من أسباب إصابة الطفل بالتوحد هو العلاقة المرضية الشديدة بين الطفل التوحدي وأمه من جهة، وبين الاتجاهات السلبية من الوالدين من جهة أخرى، كما ركّزت دراسات أخرى على نمط التنشئة الأسرية غير الصحيحة وأن الأم لها الدور الأساسي في هذا الاضطراب، حيث يعد الحرمان العاطفي من العوامل الأساسية المسببة لاضطراب التوحد الطفلي، فالتوحديون ينتمون إلى أسر تتميز بالبرود العاطفي، في حين تتدنى لديهم مشاعر الدفء الاجتماعي، والعزلة التي تظهر عند الأطفال التوحديين ، ما يؤكد وجود علاقة مضطربة بين الطفل ووالديه ، بسبب الاتجاهلت السلبية التي يتخذها الوالدان نحوه (الزعبي ،2011،58)،كما أشار بتلهيم Betleheime إلى أن عدداً كبيراً من المصابين بحالة التوحد جاؤوا من أُسَرٍ اتّسمت بالتنشئة الأسرية غير السليمة حيث كانت تتّسم بالبرود واللامبالاة خصوصاً في الأشهر والسنوات الأولى من عمر الطفل وتعتمد مبدأ القوة ورفض العاطفة، مما دعا الأطفال لاستخدام التوحد كوسيلة دفاعية، في حين يرى فيرستر Ferster أن اضطراب التوحد هو نتيجة للفشل في تقديم التعزيز المناسب لاستجابات الطفل المتطورة المختلفة، ويدلّ على ذلك قلة الاستجابات التي يظهرها الطفل التوحدي مع البيئة من حوله وذلك لعدم حصوله على المعززات الايجابية الكافية لتشكيل سلوكه الاجتماعي واستمرار حدوثه (الراوي، 1999، ص32).

3-4- أسباب بيئية:

أظهرت بعض الاختبارات التصويرية للدماغ مثل اختبار MRI اختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ مع وجود فروق واضحة بالمخيخ (ضمور في حجم المخيخ)، كما وجد أن فحص الرسم الكهربائي للدماغ في حالات التوحد يُظهِر بعض التغيرات في الموجات الكهربائية في حوالي (20–65%)، وكذلك زيادة في نوبات الصرع خصوصاً عندما يتقدم الطفل في العمر حتى حوالي (30%) من هؤلاء الأطفال، وقد أشارت بعض الدراسات إلى دور الحوادث والصدمات البيئية المختلفة والتي تصيب الرأس وما ينتج عن ذلك من خلل في الجهاز العصبي المركزي وبالتالي حدوث حالة التوحد. وعلى الرغم من تطبيق هذه الاختبارات والفحوصات فقد بيّن العالِم Chery من خلال مقارنة مجموعة من أطفال التوحد وأطفال أسبيرجر مع مجموعة من الأطفال العاديين أن محيط الدماغ وحجمه لا يختلف لدى هؤلاء الأطفال عن سائر أقرانهم العاديين من نفس الفئة العمرية (Chery, 2006, p13).

وهكذا تعددت الأسباب التي أدت لظهور اضطراب التوحد، الأمر الذي أدى إلى اختلاف الفرضيات العلمية العضوية المفسّرة لظهوره، ومن هذه الفرضيات:

– فرضية زيادة الأفيون المخدر.

– فرضية نفاذية الأمعاء.

– فرضية نقص هرمون السكرتين.

– فرضية عدم تحمل الكازيين والغلوتين.

– فرضية التطعيمات الثلاثية MMR/DPT.

– فرضية الأحماض الأمينية.

– فرضية قصور فيتامين (A).

– فرضية الاستعداد الجيني (عامر، 2008، ص104).

بالإضافة إلى وجود العديد من الفرضيات والأسباب التي لم يتم ذكرها، وبالرغم من تعدد هذه الأسباب، إلا أنه لم يعرف حتى الآن السبب الرئيسي المؤدي لهذا الاضطراب.

رابعاً – نسبة انتشار التوحد:

إن كون التوحد من الاضطرابات النادرة غير معروفة الأسباب، يجعل التقدير الدقيق على حدوثه أمراً متغيراً، فالبحوث المبكرة وصفت مدى انتشار هذا الاضطراب بحوالي (2–5) بين كل (10000) شخص، في حين أشارت كثير من الدراسات الحديثة التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أنه يوجد على الأقل (360000) فرداً مصاباً بالتوحد كلهم من الأطفال، كما أوضحت الدراسات أن اضطراب التوحد يعدّ الإعاقة الرابعة الأكثر شيوعاً للإعاقات المختلفة والتي تتمثل في التخلف العقلي والصرع والشلل المخي (نصر، 2002، ص20). وتشير الإحصائيات في أوروبا (على سبيل المثال) إلى أن نسبة حدوث التوحد تصل إلى (3–4) حالات لكل(10000) حالة ولادة وتزيد لتصل إلى حالة واحدة لكل (500) حالة ولادة في الولايات المتحدة الأمريكية. وفي دراسة أخرى حديثة عام (2003) تبيّن أن نسبة حدوث التوحد تصل إلى حالة واحدة لكل (166) مولود، وتصيب الذكور أكثر من الإناث بمعدل (4:1) (James, 2004, p1)، وفي عام (2007) وصلت نسبة حدوث التوحد إلى حالة واحدة لكل (150) طفل (Chen, 2007, p19).

كما تبيّن عدم وجود ارتباط للتوحد بجنسية معينة كما كان يعتقد سابقاً، إذ كان الاعتقاد أنه مرض يصيب الطبقة الراقية في المجتمع بحكم توفر الخدمة الصحية لهم، وهم من لا يهتمون بالحالة النفسية لأبنائهم (المغلوث، 2006، ص31). وفي دراسة نشرت في ندوة الإعاقات التطورية (قضاياها ومشكلاتها العملية) التي نظمتها جامعة الخليج العربي – مملكة البحرين، تبيّن أن نسبة اضطراب التوحد في المملكة العربية

السعودية تصل إلى (8.3%) حيث أجريت الدراسة على (1566) حالة، شملت (911) ذكور و(655) إناث، وبلغت حالات التوحد (130) حالة، وفيما يتعلق بالفروق بين الجنسين لاضطراب التوحد، فهي متغيرة أيضاً وتعتمد على درجة ذكاء الشخص المصاب، حيث لوحظ أنه ينتشر عند الاناث اللواتي لديهنّ درجة ذكاء أقل من (35) ولكن ينتشر أكثر عند الذكور الذين لديهم درجة ذكاء أعلى (المغلوث، 2006، ص34).

ويرى Kendall Dynpromi (2000) أن نسبة انتشار التوحد في اليابان على سبيل المثال تعدّ الأعلى من مثيلاتها في أي دولة أخرى من دول العالم، حيث تتراوح بين (13–16%)، أما الصين فتعدّ أقل دول العالم انتشاراً لهذا الاضطراب حيث بلغت النسبة فيها (0.04%). هذا طبعاً فيما يتعلق بحدوث التوحد منفرداً، أما حدوثه مصاحباً لاضطرابات أخرى فان النسبة تصل حسب التقديرات إلى (20) طفلاً لكل (1000) طفل.

خامساً – خصائص الأطفال التوحديين:

يوصف التوحد بأنه اضطراب أو متلازمة تضم عدداً من الأفراد المتشابهين في التشخيص ومختلفين في الصفات والقدرات والسلوكيات، فبعضهم يُظهِر تطوراً لغوياً ظاهراً، في حين يعجز البعض الآخر عن الكلام والتعبير، وقد يبدو بعضهم انطوائياً منعزلاً في حين يبدو البعض الآخر سلوكات اجتماعية مقبولة، وقد يظهر على البعض سلوكات نمطية متعددة في حين لا نجدها عند البعض الآخر، وعلى الرغم من هذا الاختلاف إلا أن التوحديين يتّسمون ببعض الخصائص المشتركة التي تعتبر حجر الأساس في التشخيص ووضع البرامج والخطط العلاجية لهم، وهذه الخصائص هي:

5–1– الخصائص المعرفية للطفل التوحدي:

تشير الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحي المعرفية يعد أكثر الملامح المميزة للاضطراب التوحدي، وذلك لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين (نصر، 2002، ص39)، وتشير بعض الدراسات إلى أن أطفال التوحد يعانون من ضعف عام في القدرات المعرفية والأداء الوظيفي المعرفي وصعوبة تنفيذ التعليمات بشكل متسلسل وتأخر في مستوى الذكاء العام، حيث تقع معظم درجات الذكاء لديهم في نطاق (71%) من درجات التخلف العقلي ومن هذه الدراسات دراسة سوسن الجلبي (2000)، ودراسة عبد العزيز الرفاعي (1999)، ودراسة Lilian & Patricia (2001)، ودراسة Nilskalanri (2007).

وحيث أن الانتباه والتفكير والفهم والإدراك واللغة والتخيل من أهم الوظائف المعرفية التي يتأثر بها أداء الأطفال في حال اضطرابها، فإن الأطفال التوحديين يعانون من اضطرابات واضحة في الإدراك، فقد بينت

دراسة Nirit Bauminger (2004) أن الأطفال التوحديين يعانون من إدراك منخفض في قدراتهم البدنية والاجتماعية بالمقارنة مع مجموعة الأطفال العاديين (Bauminger, 2004, p280)، وأظهرت دراسة Iral Cohen (2003) من خلال مسح سلوكي لاضطرابات تأخر النمو أن أطفال التوحد يعانون من نقص شديد في مهارات الانتباه المصاحب واللعب التظاهري مقارنة مع أقرانهم العاديين، كما توصلت دراسة Francesca (1994) إلى أن طبيعة أنماط التفكير التوحدي تتسم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة، سواء كانت تتطلب قدرة لفظية أو بصرية لحلها (Francesca, 1994, p135).

أما فيما يتعلق بمشكلات القدرة على الاستمرارية في النشاط المعرفي كالتذكر والانتباه، فقد أثبتت دراسة عبد الحليم انخفاضاً ملحوظاً في الذاكرة البصرية والسمعية بعيدة المدى وقريبة المدى (عبد الحليم، 2004، ص46). ويظهر الأطفال التو حديين عيوباً في العمليات الإدراكية، لذلك فهم يقومون باستجابات شاذة للإثارة الحسية ولديهم عيوب في دمج المعلومات ومعالجتها وصعوبة في إنتاج أفكار جديدة وتوليد استجابات واستنتاجات، مما يدفعنا للقول إن السلوك التوحدي هو سلوك عفوي محدد يمتاز بالتكرارية (الزريقات، 2004، ص42).

5-2- الخصائص السلوكية للطفل التوحدي:

يتميز الأطفال التوحديون بالعديد من الخصائص السلوكية التي تؤثر بشكل كبير على عملية تعلمهم وأكثر هذه الخصائص شيوعاً هي الحركات النمطية والتي تعرف بأنها السلوكات التي تظهر بشكل متكرر لدى الفرد دون أن يكون لها هدف واضح، وتعرف بعدة تسميات كالسلوك الموجه نحو الذات Direction Inward، السلوك غير الوظيفي Non-functional Behavior، السلوك الطقوسي Ritualistic Behavior، وتظهر هذه السلوكات في أشكال مختلفة كالرفرفة والدوران حول النفس والمشي على أطراف أصابع الأقدام وتدوير الأشياء (عرابي، 2007، ص20).

ويجهل هؤلاء الأطفال اللعب التفاعلي مع الأطفال الآخرين ويتكلمون بطريقة تشبه الغناء وينحصر كلامهم في موضوعات ضيقة محدودة جداً، كما يلاحظ لدى العديد منهم نقص حاد في الإحساس بالألم على الرغم من حساسيتهم الشاذة والمفرطة للأصوات واللمس وغير ذلك من المثيرات الحسية، وربما تسهم ردود الأفعال غير العادية هذه في الكثير من الأعراض السلوكية التي تبدو عليهم مثل رفضهم احتضان الآخرين لهم أو تدليلهم أو الانعزال الشديد الخامل (الخطيب، 2002)، كما يظهر لدى هذه الفئة تمسك شديد بالروتين وهي ميزة مشتركة في أطفال التوحد تتصل بالرغبة الشديدة في الرتابة، وعند محاولة التغيير من طرف الآخرين

يقاوم الطفل التغيير بثورة من الغضب والانسحاب من المكان وقد يتحول إلى العنف (الأحمد، 2005، ص20).

ومن الملامح المميزة للأطفال التو حديين أيضاً الصراخ والبكاء استجابةً للانزعاج أو الإحباط، وفي بعض الحالات قد تتجه نوبات الغضب هذه إلى سلوكات عدوانية أو مؤذية لأنفسهم، كالعضّ وضرب الرأس وشد الشعر، مما يؤدي إلى صعوبات اجتماعية وتساهم في إحداث صراعات بين هؤلاء الأطفال (الزريقات، 2004، ص40).

5-3- الخصائص الحسية للطفل التوحدي:

يظهر معظم الأطفال التوحديين اضطراباً في الاستجابة للمثيرات الحسية يتراوح من استجابات شديدة وحادة إلى استجابات منخفضة النشاط حيال مثيرات تعتبر عادية بالنسبة للآخرين، كما يظهر الأطفال التوحديون حساسية شديدة جداً للظروف البيئية وعدم القدرة على فرز أو تمييز المثيرات غير المهمة والانتباه أو التجاوب مع المثيرات المختلفة، وتتجلى الخصائص الحسية فيما يلي:

5-3-1- المثيرات السمعية:

ربما يتجاهل الطفل التوحدي بعض الأصوات، في حين قد تكون ردود أفعاله لأصوات أخرى مبالغاً فيها، فربما يغطي أذنيه أو يغلقها أو يبدو في أوقات أخرى كأنه أصماً، كما يردد بداخله أصواتاً معينة أو يسعى إلى سماع أصوات معينة أو قد ترتبط ردود أفعاله بأصوات (كالاستجابة برد فعل معين عند سماع صوت الطباشير عند الكتابة على اللوح). إن عدم الاتساق في الاستجابات للمثيرات السمعية قد يكون ناتجاً عن مشكلات في الإدراك والإحساس في حين نجد أن الجهاز السمعي سليم، ولكن بعض الشذوذات في القشرة الدماغية لدمج وإدراك المدخلات الحسية تؤدي إلى ردود فعل غريبة للأصوات والأضواء (المرجع السابق، 2004، ص40-41).

5-3-2- المثيرات البصرية:

يتجنب الأشخاص التوحديون النظر في أعين غيرهم من الناس ولاسيما في الطفولة المبكرة، حيث أفادت الأمهات أن أطفالهن التوحديين لم يكونوا ينظرون إليهن أثناء وقت الرضاعة ولم يمسكوا بأصابعهن كما يفعل الأطفال العاديون، ويظهر الأطفال التوحديون اهتماماً وولعاً شديداً بالأسطح المضيئة اللامعة، فعلى سبيل المثال يمكن أن يحدق لفترات طويلة في المجوهرات والأشياء اللامعة، وربما يركز البعض منهم بصره عن قصدٍ في تفاصيل بصرية دقيقة كأجزاء الجسد أو الحائط أو الأثاث (الشامي ب، 2004، ص57).

5-3-3- التذوق والشم:

يستكشف الطفل التوحدي البيئة من حوله من خلال شم أو لعق الناس أو الأسطح فقد نراه مثلاً يجري بسرعة ويلعق إطارات السيارات، وقد أظهرت دراسة قام بها Borrero على(25) طفلاً توحدياً الرفض وانتقائية الطعام الشديدة والهروب قبل إنهاء وجبة الطعام وتناول مواد غير مألوفة والأكل السريع أو البطيء جداً (Borrero, 2010, p43)، كما يعاني الطفل التوحدي من مشكلات في الأكل خاصةً تناول مأكولات ذات رائحة زكية وغالباً يفضل تناول طعام معين ويصرّ عليه ويرفض أي طعام آخر ويمضغ أو يأكل أشياء لا تؤكل حيث يعاني العديد منهم من مشاكل في عملية الطعام، وقد وجد العلماء أن مشكلات الطعام لدى أطفال التوحد تشكل (90%) عام (2008) من بين المشكلات التي يعانون منها، ووجدوا أن (70%) من أطفال التوحد يوصفون بأنهم أكلة انتقائيون حيث يرى البعض أن حضور مشكلات الطعام في مرحلة الطفولة قد يكون إشارة أولية لظهور التوحد (Valerie, 2010, p155).

5-3-4- المثيرات اللمسية والحركية:

يتميز الطفل التوحدي بعدم قدرته على التعبير عن الألم، فقد يشرب مشروبات ساخنة أو يأكل الثلج دون أن يبدي أي تعبير يدل على شعوره بالألم.

وقد يبدي الطفل التوحدي نشاطاً حركياً زائداً ويعدّ مشكلة شائعة لدى الأطفال التوحديين، أو قد يواجه صعوبات شديدة في وضع الجسد في المساحة أو التخطيط الحركي، فعلى سبيل المثال عندما يمشي مع مجموعة من الأطفال يتجاوزهم ولا يدرك وجودهم ويتصرف في الحيز المكاني كما لو كانوا غير موجودين.

5-3-5- مشاكل النوم:

غالباً ما يظهر أطفال التوحد سلوك نوم سيء أو غير جيد يمثل إزعاجاً هائلاً لبعض الأسر، فبعض الأطفال التوحديين لا ينامون بما فيه الكفاية أو يستيقظون في الليل بشكلٍ متكرر، وثمة تقارير تفيد بأن بعض الآباء قد يفقدون السيطرة على أنفسهم جراء ذلك فيقومون بتقييد أطفالهم في غرف نومهم (الخطيب، 2001، ص11).

5-4- الخصائص الاجتماعية للطفل التوحدي:

يعاني أطفال التوحد من نقص كبير في المهارات الاجتماعية، وهذا النقص لا يعطل التفاعل الاجتماعي للأفراد فحسب، إنما يؤثر أيضاً على المناطق التطويرية الأخرى مثل اللغة والاتصال والقدرة الثقافية (Thomasl, 2005, p3)، فقلة المهارات الاجتماعية تمنعهم في أغلب الأحيان من تشكيل العلاقات المتبادلة

الطبيعية وتدفعهم للانشغال بالنشاط الفردي وعدم الاهتمام بالآخرين الذين يقتربون منهم (Darison, 2004, p475).

وسنتعرض لها بشيء من التفصيل في الفصل القادم.

5-5- خصائص أخرى:

تبليل الأطفال لأنفسهم، ذاكرة قوية جداً وخاصةً تذكر التفاصيل، مهارات بصرية قوية جداً، وحوالي (25%) منهم تتطور لديهم نوبات صرع مع مرحلة المراهقة.

ويمكن أن نجمل **الخصائص الرئيسية للتوحد** كما لخصها الدكتور الخطيب بالشكل التالي:

- العجز عن بناء العلاقات: فالطفل التوحدي يواجه صعوبة في التفاعل مع الناس ويهتم بالأشياء أكثر من الأشخاص.
- التأخر في اكتساب اللغة: بعض الأطفال التوحديين بُكم ويبقون كذلك، إلا أن أطفالاً آخرين يكتسبون اللغة ولكنهم يتأخرون في ذلك مقارنةً بالأطفال العاديين.
- استخدام اللغة المنطوقة بطريقة غير تواصلية بعد تطورها: قد يكون لدى بعض الأطفال التوحديين ذخيرة لفظية كافية، إلا أنهم يواجهون صعوبة في استخدام الألفاظ بطريقة ذات معنى في المحادثة.
- الترديد الكلامي غير الطبيعي: من الصفات الرئيسية للأطفال التوحديين ترديد الكلمات والجمل.
- عكس الضمائر: وذلك يعني أن الطفل يستبدل أنت بأنا.
- اللعب بطريقة نمطية تكرارية: إن قدرة الأطفال التوحديين على اللعب بوجهٍ عام محدودة جداً، فهم يكررون النشاط نفسه ويخفقون في اكتساب مهارات اللعب التخيلي.
- الانزعاج من التغيير: فالأطفال التوحديون يقاومون حتى التغيرات البسيطة في البيئة المحيطة والحياة اليومية.
- الذاكرة الاستظهارية الجيدة: إن نسبة كبيرة من الأطفال التوحديين يتمتعون بذاكرة جيدة من النوع الاستظهاري.
- المظهر الجسمي العادي: وهذه الحقيقة دفعت بالبعض للاعتقاد بأن الأطفال التوحديين يتمتعون بذكاء عادي، وهو اعتقاد تبين مع الأيام أنه خاطئ.

- يتصرف وكأنه لا يعي وجود الآخرين وكأنه لا يتفهم مشاعرهم، فهو يعامل الأشخاص وكأنهم أثاث، ولا يشعر مع الشخص الذي يبدو عليه الضيق، ولا يفهم حاجة الآخرين إلى الخصوصية.
- لا يشعر بالحاجة إلى مساعدة الآخرين في الظروف الصعبة، أو أنه يعبّر عن تلك الحاجة بطريقة شاذة، فهو لا يبحث عن الراحة حتى عندما يكون مريضاً أو عندما يتعرض للأذى أو التعب.
- لا يقلّد الآخرين، فهو لا يلوّح بيده مودّعاً ولا يقلّد نشاطات الأم في المنزل.
- لا يلعب لعباً اجتماعياً أو يلعب بطريقة شاذة، فلا يشارك في الألعاب الجماعية ويفضل أن يلعب وحده ويستخدم الأطفال الآخرين في اللعب كأنهم أدوات.
- يظهر قصوراً كبيراً في القدرة على بناء علاقات صداقة.
- يصدر أصواتاً غير مفهومة، ولا يظهر تعبيرات وجهيه ملائمة.
- يتواصل بطريقة لفظية شاذة ويتشنج عندما يقترب الآخرون منه، ولا يرحّب بالوالدين أو الزوار، ويحملق بطريقة ثابتة في المواقف الاجتماعية.
- لا يقوم بأنشطة تخيلية كلعب أدوار الراشدين مثلاً أو تمثيل حركات أو أصوات الحيوانات.
- يخرج الكلام بطريقة شاذة سواء من حيث حدة الصوت أو علوه أو معدله.
- لديه اضطرابات ملحوظة في محتوى الكلام أو شكله بما في ذلك الكلام النمطي مثل التكرار الميكانيكي لدعايات التلفزيون أو قول (أنت) بدلاً من (أنا) أو التكلم عن أشياء ليس لها علاقة بالموضوع.
- لديه قصور واضح في القدرة على تقليد الآخرين أو التحدث معهم رغم قدرته على الكلام والتحدث عن نفس الموضوع وعدم استجابة الآخرين له.
- يقوم بحركات جسمية نمطية مثل ثني اليدين أو هزّ الرأس وما إلى ذلك.
- ينشغل بشكل متواصل بالأجزاء وشم الأشياء أو تحسس ملمسها بشكلٍ متكرر، أو التعلق بأشياء غير اعتيادية مثل الإصرار على حمل قطعة قماش أو خيط ... الخ.
- يصرّ على إتباع نفس النمط في النشاطات، مثل الإصرار على إتباع نفس الطريق عند الخروج من البيت.
- ينفعل بشدة عند حدوث تغيرات في البيئة كتغير مكان الكرسي في الغرفة مثلاً.

- يظهر مدى محدوداً جداً من الاهتمامات أو ينهمك بشيءٍ معين على الدوام مثل الاهتمام فقط بترتيب الأشياء في صف أو وضعها فوق بعضها البعض (الخطيب، 2002، ص45).

سادساً – تشخيص التوحد:

6-1- كيفية تشخيص التوحد:

يعتبر تشخيص التوحد مشكلة شديدة التعقيد وذلك لصعوبة تمييز الأطفال التوحديين عن غيرهم من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية أو الأطفال الفصاميين أو الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة. وترجع صعوبة التشخيص إلى تداخل أعراض هذه الفئة وخصائصها مع أعراض وخصائص الفئات السابقة وعدم وجود الفريق الإكلينيكي المناسب لتشخيص هذه الفئة، إضافةً إلى عدم وجود مقاييس واختبارات تساعد في التشخيص (أبو السعود، 2008، ص22)، فبعض الأمراض العضوية يمكن أن تتنكر وتبدأ بعوارض التوحد، ولذلك فان إتباع الخطوات التالية مهم لمعرفة كيفية تشخيص ثم علاج الطفل المصاب بعوارض التوحد:

- الحصول على معلومات عن فترة ما قبل وما بعد الولادة وعن التاريخ الصحي لبقية أفراد العائلة.
- إجراء فحص سريري عام وفحص عصبي.
- تقييم الحالة النفسية للمريض.
- إجراء فحوصات دم وبول أيضية.
- إجراء فحوصات كروموسومية.
- إجراء تصوير وتخطيط للدماغ (الجمعية اللبنانية للتوحد، 2006، ص6).
- استخدام المتخصصين في مجال إعاقة التوحد لمقاييس التقدير المقنّنة والملاحظة العلمية الدقيقة للغة الطفل وسلوكه الاجتماعي، إضافةً إلى المقابلة المقنّنة لجمع المعلومات وتطبيق بعض الاختبارات لتقييم المشكلات النفسية والاجتماعية وغيرها لدى الطفل وأسرته (أبو حلاوة، 1997، ص43).
- تقييم كافة جوانب القوة والضعف في الأداء الحالي للطفل.

ولكي يكون التشخيص فعالاً لا بد أن يبدأ بالكشف عن هذا الاضطراب، فالكشف ليس فحصاً دقيقاً ولكنه خطوة أولية، والهدف منها إحالة الذين يشتبه بأنهم يعانون من التوحد إلى تشخيص أدقّ، حيث يُظهِر الأطفال التوحديون العديد من المؤشرات الدالة على الإصابة بالتوحد وهذه المؤشرات قد تظهر منذ الأشهر الأولى من

حياة الطفل (ذيب، 2007، ص42)، وتتمثل تلك المؤشرات في ضعف التواصل البصري مع الآخرين وخاصةً مع الأم عند الرضاعة وغياب الابتسامة الاجتماعية وعدم الانزعاج عند ترك الطفل وحيداً، ففي السنة الأولى والثانية يظهر الطفل قصوراً وضعفاً في مجالاتٍ عدة تشمل:

- القصور الشديد في المجالات الاجتماعية.
- فقدان الإحساس بالهوية الشخصية.
- الانشغال المرضي بموضوعات معينة.
- مقاومة التغيير في البيئة.
- خبرات إدراكية غير سوية.
- الشعور بنوبات قلق حاد مفرط يبدو غير منطقي.
- التأخر في الكلام واللغة.
- الحركات الشاذة.
- انخفاض مستوى التوظيف العقلي (سليمان، 2000، ص34).

2-6- محكات التشخيص:

يوجد العديد من المحكّات التي يمكن الاعتماد عليها في تشخيص التوحد، وسوف نستعرض فقط الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الإصدار الرابع - المنقح لعام (2000) (DSM-4-TR) لاعتماده كمحكٍّ أساسي في تشخيص حالات التوحد، حيث تتضمن معايير التشخيص 6 نقاط من 1 - 2 - 3 منها نقطتان على الأقل من القسم 1:

1- **قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي،** يتمثل على الأقل في اثنين من العناصر التالية:

- قصور واضح في استخدام عدد من السلوكات غير اللفظية مثل التواصل البصري وتعبيرات الوجه ووضع الجسد والإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي.
- فشل تكوين علاقات صداقة مع الأنداد تتناسب مع المستوى التطوري.
- فقدان المقدرة التلقائية على محاولة مشاركة الآخرين في المتع أو الاهتمامات.
- فقدان المقدرة على التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

2- **قصور نوعي في التواصل**، يتمثل على الأقل في أحد العناصر التالية:

- تأخر تطور الكلام أو فقدانه كلياً (مع عدم وجود دلالة على محاولة التعويض عن هذا العجز بأي وسيلة أخرى غير لفظية مثل التواصل بالإيماءات أو الإشارة).

- بالنسبة للفئة التي تتمتع بالقدرة على الكلام، يظهر لديها عجز واضح في القدرة على المبادرة في الحديث أو على الاستمرار في تبادل الحديث مع الغير.

- استخدام متكرر وثابت للغة وطريقة خاصة في استخدامها.

- فقدان القدرة على ممارسة اللعب التمثيلي التلقائي والمتنوع واللعب من خلال التقليد الاجتماعي بما يتناسب مع مستوى تطوره.

3- **سلوك نمطي ومتكرر وذخيرة محدودة من الاهتمامات والنشاطات**، يتمثل على الأقل في أحد العناصر التالية:

- انشغال متواصل باهتمام نمطي واحد أو أكثر يكون غير طبيعي من حيث شدته أو مدى التركيز عليه.

- تعلق غير طبيعي ببعض العادات أو الأمور الروتينية التي لا معنى لها.

- حركات جسدية نمطية ومتكررة (كرفرفة اليدين).

- الانشغال المفرط بأجزاء الأشياء .

كما يجب الإشارة هنا إلى ضرورة التمييز بين التوحد والاضطرابات الأخرى المشابهة له وهو ما يدعى بالتشخيص الفارق، حيث يحدث الخلط بين الاضطراب التوحدي والكثير من الإعاقات الأخرى أو الاضطرابات الخاصة بمرحلة الطفولة مثل التخلف العقلي واضطرابات الانتباه والفصام وغيرها. وفيما يلي جدول يوضح هذه الفروق:

الإعاقة	التاريخ الطبي	الأعراض التشخيصية العيادية
التوحد	نمو وتطور اجتماعي واتصالي غير عادي قد ينمو بشكل طبيعي حتى عمر 18–24 شهراً، وتراجع واضح في المهارات الاجتماعية والاتصالية، يعاني نحو 75–77% من المصابين بالتوحد من تأخر ذهني، نسبة الانتشار لدى الذكور أكثر من الإناث.	خلل في التفاعل الاجتماعي واللغوي، سلوكيات نمطية، خلل في التواصل اللفظي وغير اللفظي، نسبة ذكاء تتراوح من الإعاقة إلى الاعتيادي، نمو جسمي طبيعي، لا يوجد أهلاس.
أسبيرجر	قدرات ذكاء طبيعية أو فوق ذلك، ولا يعاني من إعاقة ذهنية، وأكثر اهتماماً بالوسط الاجتماعي المحيط به، ويسعى إلى التفاعل، يصيب الذكور.	خلل في التفاعل الاجتماعي مع ظهور قدرات لغوية عادية مع صعوبة في تكوين حصيلة من المفردات والتحدث بقواعد لغوية صحيحة، النتائج المتوقع تحقيقها مع المصابين بالأسبيرجر أكثر إيجاباً من تلك المتوقع تحقيقها مع التوحديين.
عرض رت	نمو طبيعي حتى عمر 6–8 أشهر، تراجع بعض القدرات المكتسبة خصوصاً مهارات الحركة الكبرى، نقص في القدرات كالكلام والتفكير، تحدث هذه الحالة عند البنات فقط.	صعوبة في التفاعل الاجتماعي، صغر حجم الدماغ، سلوكات نمطية.
الإعاقة العقلية	أهمها الشذوذ الكروموسومي مثل متلازمة داون، يظهر في مرحلة المهد والطفولة المبكرة.	نسبة ذكاء أقل من 70%، قصور حاد في التفاعلات الاجتماعية والتواصل والأنشطة، بعض التشوهات البدنية، أفضل من فئة التوحد في اللعب الرمزي.
الفصام	اضطراب ذهاني، نمو طبيعي حتى عمر5 سنوات أو أكثر، لا ينفصل بشكل كلي عن العالم المحيط، يحدث بنسب متساوية لدى الذكور والإناث.	لا يوجد تخلف عقلي، وتتطور اللغة بشكل طبيعي، إذا استمرت الأهلاس والضلالات فإنها تستمر لمدة شهر على الأقل.

كما أن هناك اضطرابات أخرى تشترك مع التوحد ببعض الخصائص العامة منها:

- **متلازمة كروموسوم X الهش:** اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الأنثوي (X)، ومعظم الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط إلى متوسط وغالباً ما تظهر استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت واضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي واضطرابات معرفية.

- **متلازمة لاندو-كليفنر:** في هذه الحالة ينمو الطفل بشكلٍ طبيعي في السنوات الثلاث الأولى من العمر، ولكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك، وغالباً ما يشخص الطفل خطأ بأنه أصمّ.

- **متلازمة موبياس:** تسبب عدة مشكلات في الجهاز العصبي المركزي بما فيها شلل عضلات الوجه، مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية ومشكلات سلوكية كتلك التي تنتج عن التوحد.

- **متلازمة سوتوس:** تسبب سرعة كبيرة في النضج وكبر حجم الجمجمة والتخلف العقلي وتعبيرات وجهية شاذة، ومن الأعراض المشابهة للتوحد: قصور المهارات الاجتماعية، الكلام التكراري، والدوران في نفس المكان.

- **متلازمة توريتي:** تتصف بحركات لاإرادية كرمش العينين وتلمظ الشفاه وهزّ الكتفين بطريقة شاذة.

- **متلازمة وليامز:** اضطراب نادر يشترك مع التوحد ببعض الخصائص مثل التأخر اللغوي والحركي والحساسية المفرطة للصوت وهزّ الجسم والتعلق بالأشياء بطريقة غير طبيعية (الخطيب، 2001، ص21).

6-3- صعوبة التشخيص:

نجد مما ذكرناه سابقاً صعوبة التشخيص بين التوحد وسائر فئات اضطرابات النمو، ويضاف إلى صعوبة تشخيص الإعاقة، وخاصةً في مرحلة الطفولة المبكرة أو مرحلة المهد، صعوبات أخرى يمكن إجمالها في البنود التالية:

- عدم اكتمال الأنماط السلوكية للطفل قبل عامه الثاني ومن ثم صعوبات التشخيص.

- إصابة الطفل بالعوق العقلي يترتب عنها التركيز في العوق العقلي وتجاهل تشخيص التوحد.

- قد تكون مظاهر النمو طبيعية ثم يحدث سلوك التوحد فجأةً، خاصةً عندما يتجاوز عمر الطفل العامين (النجار، 2006، ص52).

- التوحد اضطراب تتعدد وتتباين خصائصه وأعراضه، فنادراً ما نجد طفلين توحديين متشابهين تماماً في الخصائص.

– عدم تجاوب الشخص التوحدي مع القائم بالتشخيص بسبب الحركات النمطية والضعف في المقدرة العقلية (علي، 2007، ص44).

– قد يكون للوالدين دور في تأخر تشخيص الإصابة بالتوحد نتيجة عدم الدراية والخبرة بمراحل النمو والمشكلات المصاحبة، ومهما كانت ثقافة الوالدين ودرجة تعلمهم فإن ملاحظة التغيرات في الطفل تكون مختلفة ومتنوعة، كما أن الثقافة العلمية والعملية عن التوحد لدى الأطباء غير المختصين قاصرة (الزارع، 2004، ص27).

– عدم كفاية الاختبارات والمقاييس المقننة والمطورة على فئة التوحد والتي يمكن من خلالها تشخيص التوحد وخاصة في البلدان العربية.

وهنا تكمن المشكلة في عدم توفر أدوات كافية للكشف عن هذه الفئة وتشخيصها خصوصاً في وطننا العربي، ومن هنا تنبع الحاجة إلى تطوير أداة قياس تتصف بالشمولية تحترم هذه الفئة والعاملين معها لكي تسهل عملية القياس والتقويم والتشخيص وبالتالي توفير البرامج اللازمة لها.

6-4- فريق العمل الإكلينيكي ودور كل منهم في التشخيص:

لقد أكدت الأبحاث الحديثة أنه لا بد من وجود فريق عمل متكامل لتشخيص حالة الطفل التوحدي أي لا ينجح طرف واحد فقط في وضع التشخيص بمفرده، ويحتوي فريق العمل على الأطباء النفسيين والعقلانيين وأطباء الأطفال وطبيب الأعصاب والسمع والتخاطب والوالدين والمعلمين المتخصصين، وكل هؤلاء لهم دور أساسي في تقديم تشخيص مناسب لحالة الطفل.

وهنا سوف نشير إلى أهمية دور الوالدين في عملية التشخيص من خلال ملاحظة طفلهما بأنه معاق وغير طبيعي، وهذا من شأنه أن يرسخ انطباعاً ايجابياً في ردود أفعالهما واتجاههما نحو مشكلة طفلهما في المستقبل، فمعظم الآباء يفضلون أن يعرفوا اسم المرض الذي يعاني منه طفلهما ولكن الطبيب المدرك للأمور لا يكتفي بإعطائهم ما يرغبون به فقط بل يشرح لهم عملية كون ابنهما معاقاً، كما أن للمدرسة مهمة كبيرة في هذا الشأن من خلال تزويد الطفل بقدرٍ من السلوك الاجتماعي المقبول وأن يكون مسؤولاً عن نفسه في المشاكل والملبس وغسل اليدين ثم تنتقل به إلى سلوكات ومهارات أخرى بعدما يتم إتقانه للسلوكات الأساسية، كما يجب أن تتلاءم مناهج التدريس مع أوقات الطفل وتستخدم أحدث التقنيات لذلك (أبو السعود ، 2008، ص87).

سابعاً - علاج التوحد:

وحتى يكون التدخل العلاجي فعالاً ويؤتي ثماره ينبغي أن يبدأ مبكراً لأن التشخيص المبكر والمبادرة بتنفيذ برنامج العلاج والتأهيل المناسب يوفر فرصاً أكثر فاعليةً للشفاء المستهدف أو لتخفيف شدة الأعراض، وعلى العكس من ذلك فإن التأخر في التدخل العلاجي يؤدى إلى تدهور أكثر وزيادة شدة الأعراض أو ظهور أعراض أخرى مختلفة تحدّ كثيراً من فاعلية برامج التدخل العلاجي والتأهيلي، حيث تُشير الأبحاث إلى أن التدخلات العلاجية التي تحدث قبل سن الخامسة تكون أكثر فاعليةً وأكثر تأثيراً في نمو الطفل التوحدي (Elizabeth, 2008, p76).

7-1- مبادئ التدخل العلاجي:

هناك مجموعة من المبادئ التي يجب مراعاتها في استخدام أي برنامج علاجي وهي:

- التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية.
- تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنتظمة وبعيدة عن العمل العشوائي.
- مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردي وضمن مجموعة صغيرة.
- مراعاة أن يتم العمل على مدار العام.
- مراعاة تنويع أساليب التعليم.
- مراعاة أن يكون الوالدان جزءاً من القائمين بالتدخل (أرونز، 2005، ص39).

7-2- أساليب التدخل العلاجي والتأهيلي:

تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب التوحد، ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضاً الأساليب العلاجية المُستخدمة في التخفيف من آثاره العديدة والمتنوعة، ومن هذه الأساليب العلاجية ما هو قائم على الأسس النظرية للتحليل النفسي ومنها ما هو قائم على مبادئ النظريات السلوكية، وهناك تدخلات علاجية قائمة على استخدام العقاقير والأدوية، كما توجد بعض التدخلات القائمة على تناول الفيتامينات أو على الحمية الغذائية.

ولكن بالرغم من ذلك ينبغي التنويه إلى أن بعض التدخلات العلاجية التي سوف نستعرضها ذو طابع علمي لم تثبت جدواه بشكل قاطع، وبعضها الآخر ذو طابع تجاري وما زال يعوزها الدليل على نجاحها. كما يجب التأكيد على أنه لا توجد طريقة أو علاج أو أسلوب واحد يمكن ينجح مع الأشخاص التوحديين، و يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج طفل واحد، ومن هذه الأساليب:

1- أساليب التدخل النفسي.

2- أساليب التدخل السلوكي.

3- أساليب التدخل الطبي.

4- أساليب العلاج بالفيتامينات.

5- أساليب العلاج بالحمية الغذائية.

7-2-1- أساليب التدخل النفسي:

حاول ليو كانر Leo Kanner (1943) تفسير التوحد فرأى أن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين (وخاصةً الأم) والطفل، وبذلك نُظر للآباء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم.

ولذلك ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج التوحد واعتمدت على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم عندما لا يعيش الطفل حالة من التواصل والانفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم (Pyrbjerg , 2007, p87).

ويُركز العلاج النفسي على أهمية أن يخبر الطفل علاقات نفسية وانفعالية جيدة ومشبعة مع الأم، ولا ينبغي أن يحدث احتكاكاً جسدياً مع الطفل وذلك لأنه يصعب تحمله في هذه الفترة، كما لا ينبغي دفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى استجابات ذهانية حادة.

ومن رواد هذا النوع من العلاج نجد ميلانى كلاين Melany Klien وبرونو بتلهيلم Betteelheim ومرشانت Merchant وقد تحمسوا للأسلوب النفسي في علاج التوحد، وأشاروا إلى وجود تحسن كبير لدى الحالات التي عُولجت باستخدام الأساليب النفسية، إلا أن هناك بعض الباحثين الذين رأوا أن العلاج النفسي باستخدام فنّيات التحليل النفسي في علاج التوحد له قيمة محدودة ويمكن أن يكون مفيداً للأشخاص التوحديين ذوي الأداء الوظيفي المرتفع، كما أنه لم يتم التوصل إلى أدنى إثبات على أن تلك الأساليب النفسية كانت فعالة في علاج أو تقليل الأعراض.

كما يُقدَّم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لآباء الأطفال التوحديين، على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم، حتى يتسنى لهم مساعدة أطفالهم بصورة غير مباشرة (عبد الحليم، 2004، ص67).

7-2-2- أساليب التدخل السلوكي:

تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعاً واستخداماً في العالم، حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة التوحد، وهى تقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كلياً، حيث يعد تعديل السلوك من أفضل الطرق التي أثبتت فاعليتها في الوصول إلى الأطفال التوحديين والتعامل معهم وتأهيلهم وعلاج مشكلاتهم السلوكية، ويهدف تعديل السلوك إلى التخلص من السلوك غير المرغوب فيه واستبداله بسلوكات سوية ومناسبة وتعليم الطفل المهارات التي تسمح له بالنمو والتعلم بشكلٍ جيد على قدر الإمكان (أمين، 2008، ص99).

وتكمن أهمية أساليب التدخل السلوكي فيما يلي:

- أنها مبنيّة على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويطبقونها بشكلٍ سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً.

- يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثر بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس.

- نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث التوحد فإن هذه الأساليب لا تُعير اهتماماً للأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها.

- ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك (عبد الحليم، 2010، ص113).

أنواع التدخلات العلاجية السلوكية:

1- برنامج لوفاس Young Autistic Program (YAP) .
2- برنامج معالجة وتعليم التوحديين وذوى إعاقات التواصل TEACCH.
3- التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills Training (SST).
4- برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS) .
5- العلاج بالحياة اليومية (مدرسة هيجاش) Daily Life Therapy (DLT).
6- التدريب على التكامل السمعي Auditory Integration Training (AIT).
7- العلاج بالتكامل الحسي Sensory Integration Therapy (SIT).

8- التواصل الميسر Facilitated Communication (FC) .

9- العلاج بالمسك أو الاحتضان Holding Therapy (HT) .

10- العلاج بالتدريبات البدنية Physical Exercise (PE) .

11- التعليم الملطف Gentle Teaching (GT) .

12- العلاج بالموسيقى Music Therapy (MT) .

وسنعرض بشكل مختصر تلك البرامج السلوكية.

7-2-2-1- برنامج لوفاس Young Autistic Program (YAP) :

ويُسمى أحياناً بالتحليل السلوكي التطبيقي أو تحليل السلوك أو العلاج السلوكي المكثّف، التدخل السلوكي بالمنزل، التدريب على المحاولات المنفصلة Behavior Analysis Therapy، ومبتكر هذا الأسلوب العلاجي هو Ivor Lovaas في عام (1978) وهو أستاذ الطب النفسي بجامعة لوس أنجلوس، وهذا النوع من التدخل قائم على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية بشكل مكثف فيجب ألا تقلّ مدة العلاج عن (40) ساعة في الأسبوع ولمدة عامين على الأقل، ويُركز هذا البرنامج على تنمية مهارات التقليد لدى الطفل وكذلك التدريب على مهارات المطابقة Matching واستخدام المهارات الاجتماعية والتواصل، ويعد لوفاس أول من طبق تقنيات تعديل السلوك في تعليم الأشخاص التوحديين.

وتُعتبر هذه الطريقة مكلفة جداً نظراً لارتفاع تكاليف العلاج، كما أن كثيراً من الأطفال يؤدّون بشكل جيد في المدرسة أو العيادة ولكنهم لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية، وبالرغم من ذلك فهناك بعض البحوث التي أشارت إلى النجاح الكبير الذي حققه استخدام هذا البرنامج في مناطق كثيرة من العالم (الشامي ب، 2004، ص49).

7-2-2-2- برنامج معالجة وتعليم التوحديين وذوى إعاقات التواصل (TEACCH):

Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children

إن هذا البرنامج من إعداد إيريك شوبلر وزملائه في ولاية نورث كارولينا في أوائل السبعينات، ويشتمل على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية ويتم التعامل مع كلٍ منها بشكل فردي، كما يقدم هذا البرنامج أيضاً خدمات التشخيص والتقييم لحالات التوحد، وكذلك يقدم المركز القائم على هذا البرنامج وهو TEACCH Division في جامعة نورث كارولينا خدمات استشارية فنية للأسر والمدارس والمؤسسات التي

تعمل في مجال التوحد والإعاقات المشابهة، ويُعطي برنامج TEACCH اهتماماً كبيراً للبناء التنظيمي للعملية التعليمية Structured Learning الذي يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص التوحدي.

ومن أهم الوحدات البنائية التي يقوم عليها البرنامج: تنظيم الأنشطة التعليمية وتنظيم العمل وجدول العمل والاستغلال الوظيفي المتكامل للوسائل التعليمية.

ويمتاز برنامج TEACCH بأنه طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك فقط، بل تقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل، كما تمتاز بأنها طريقة مصممة بشكل فردي بحسب احتياجات كل طفل حيث يتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يُلبي احتياجات هذا الطفل، وبالرغم من الانتشار الواسع الذي حققه برنامج TEACCH في العالم إلا أنه مازال في حاجة إلى إثبات فاعليته من خلال بحوث ميدانية علمية تطبيقية، فلم تُجرِ المؤسسات والمراكز العلمية مقارنة بين فاعلية هذا البرنامج والبرامج العلاجية الأخرى (عرابي، 2007، ص25–28).

7–2–2–3– التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills Training (SST):

ويشمل التدريب على المهارات الاجتماعية عدداً واسعاً من الإجراءات والأساليب التي تهدف إلى مساعدة الأشخاص التوحديين على التفاعل الاجتماعي، ويرى أنصار هذا النوع من العلاج أنه بالرغم من أن التدريب على المهارات الاجتماعية يُعتبر أمراً شاقاً على المعلمين والمعالجين السلوكيين إلاّ أن ذلك لا يقلل من أهمية وضرورة التدريب على المهارات الاجتماعية باعتبار أن المشاكل التي يواجهها التوحديون في هذا الجانب واضحة وتفوق في شدتها الجوانب السلوكية الأخرى، وبالتالي فإن محاولة معالجتها لا بدّ أن تمثل جزءً أساسياً من البرامج التربوية والتدريبية.

وهذا النوع من التدخلات العلاجية مبنيٌّ على عددٍ من الافتراضات وهي:

- يمكن التدريب على المهارات الاجتماعية في مواقف تدريبية مضبوطة وتُعمم بعد ذلك في الحياة الاجتماعية من خلال انتقال أثر التدريب.
- يمكن التعرف على المهارات اللازمة لمستويات النمو المختلفة ويمكن أن تُعلّم مثل تعليم مهارة اللغة أو المهارات الاجتماعية واللعب الرمزي من خلال التدريب على مسرحية درامية.
- ينتج القصور الاجتماعي Social Deficit عن نقص المعرفة بالسلوكات المناسبة، ومن الوسائل التي يمكن استخدامها في التدريب على المهارات الاجتماعية: القصص وتمثيل الأدوار وكاميرا الفيديو لتصوير المواقف وعرضها بالإضافة إلى التدريب العملي في المواقف الحقيقة.

وبشكلٍ عام، يمكن القول إن التدريب على المهارات الاجتماعية أمرٌ ممكنٌ رغم ما يُلاحظه بعض المعلمين أو المدربين من صعوبة لدى بعض التوحديين تحول بينهم وبين القدرة على تعميم المهارات الاجتماعية التي تدربوا عليها في مواقف أخرى مماثلة أو نسيانها، وفي بعض الأحيان يبدو السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي متكلف وغريب من وجهة نظر المحيطين به لأنه تمّ تعلمه بطريقة نمطية ولم يُكتسب بطريقة تلقائية طبيعية (Patricia, 2003, p196).

7-2-2-4- برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS):

Picture Exchange Communication System

يتم في هذا البرنامج استخدام الصور كبديل عن الكلام، فهو مناسب للشخص التوحدي الذي يعانى من عجز لغوي حيث يتم بدء التواصل عن طريق تبادل صور مع الشخص الآخر (الأب، الأم، المدرس) تُمثل ما يرغب فيه الطفل، وينبغي على الشخص الآخر أن يتجاوب مع الطفل ويُساعده على تنفيذ رغباته، ويستخدم الطفل في هذا البرنامج رموزاً أو صوراً وظيفية رمزية في التواصل (طفل يأكل، يشرب، يقضي حاجته، يقرأ، في سوبر ماركت، يركب سيارة ... الخ).

وهذا الأسلوب يعكس أحد أساليب التواصل للأطفال التوحديين الذين يعانون من قصور وسائل التواصل اللفظي وغير اللفظي، وقد نشأت فكرة هذا البرنامج عن طريق Bondy Frost في عام (1994) حيث ابتكر هذا البرنامج الذي يقوم على استخدام الشخص التوحدي لصورة شيءٍ يرغب في الحصول عليه ويقدم هذه الصورة للشخص المتواجد أمامه فيلبي له ما يرغب.

ويُبنى هذا البرنامج على مبادئ المدرسة السلوكية في تطبيقاته مثل التعزيز والتلقين والتسلسل العكسي وغيرها. ولا تقتصر فائدة برنامج PECS على تسهيل التواصل فقط بل يُستخدم أيضاً في التدريب والتعليم داخل الفصل (Green, 2002, p81).

7-2-2-5- العلاج بالحياة اليومية (مدرسة هيجاش) Daily Life Therapy (DLT):

ابتُكر هذا الأسلوب من العلاج عن طريق دكتورة Kiyo Kitahara من اليابان عام (1964) ولها مدرسة في ولاية بوسطن تحمل هذا الاسم، ويطلق على هذا الأسلوب اسم مدرسة هيجاش وهي كلمة باليابانية وتعني الحياة اليومية، وهذا النوع من العلاج ينتشر في اليابان ويتم بشكل جماعي ويقوم على افتراض مؤدّاه أن الطفل المصاب بالتوحد لديه معدل عالٍ من القلق، ولذلك يُركز هذا البرنامج على التدريبات البدنية (تدريب بدني تطلق فيه الاندروفينات Endorphins التي تحكم القلق والإحباط)، بالإضافة إلى كثيرٍ من الموسيقى

والدراما مع السيطرة على سلوكات الطفل غير المناسبة واهتمام أقل بتنمية المهارات التواصلية التلقائية أو تشجيع الفردية (عبد الحليم، 2010، ص147).

وهناك ثلاثة مبادئ أساسية لبرنامج الحياة اليومية هي:

- العمل على استقرار وتوازن المشاعر لدى الأشخاص التوحديين وتدريبهم على اكتساب مهارات الاعتماد على الذات مما يكسبهم الثقة بأنفسهم.
- العمل على تطوير وإتباع ما يسمى نغمة الحياة من خلال تدريبات رياضية مكثفة.
- العمل على تنشيط العمليات الذهنية والمهارات الإدراكية، ولكن حتى الآن مازال هذا النوع من العلاج موضع بحث ولم يتم التأكد بعد من مدى فاعليته (الشامي ب، 2004، ص82).

7-2-2-6- التدريب على التكامل السمعي Auditory Integration Training (AIT):

وقد ابتكر هذه الطريقة Berard (1993) وافترض في هذا النوع من التدريب أن الأشخاص التوحديين مصابون بحساسية في السمع (فهم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية)، ولذلك فإن طريقة العلاج هذه تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء الأشخاص عن طريق إجراء فحص سمع أولاً ثم وضع سماعات إلى آذان التوحديين بحيث يستمعون لموسيقى تمّ تركيبها بشكلٍ رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حالة نقصها، ويتم الاستماع لهذه الموسيقى لمدة (10) ساعات بواقع جلستين يومياً وكل جلسة مدتها (30) دقيقة. ويأمل أنصار هذا النوع من التدخل أن يؤدي إلى زيادة الحساسية الصوتية أو السمعية أو تقليلها ويؤدي ذلك إلى تغير موجب في السلوك التكيفي وينتج نقصاً في السلوكيات السيئة.

وقد أجريت بعض البحوث حول التكامل أو التدريب السمعي، وأظهرت بعض النتائج الإيجابية حينما قام بتلك البحوث أشخاص متحمسون لهذا العلاج، بينما كانت النتائج سلبية حينما قام بها أطراف معارضون أو محايدون خاصةً مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمي (Rimland, 1994, p83).

7-2-2-7- العلاج بالتكامل الحسي Sensory Integration Therapy (SIT):

أول من بحث في هذا النوع من العلاج هي الدكتورة Jane Ayres وهذا العلاج مأخوذ من علم العلاج المهني، ويعتمد على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم، وبالتالي فإن أي خللٍ في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل (حواس الشم والسمع والبصر واللمس والتوازن والتذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحدية، وهذا النوع من العلاج قائم على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها. ومع أن هذه الطريقة لا تحسن اللغة أو تضبط السلوك التوحدي وتقلل منه، إلا أنها تقدم أنشطة

طبيعية وصحية ممتعة وهي مهمة للأطفال التوحديين كما هي بالنسبة للأطفال العاديين (Smith, 1996, p53).

7-2-2-8- التواصل الميسر Facilitated Communication (FC) :

تقوم هذه الطريقة على افتراض أن الأطفال المصابين بالتوحد أو أية إعاقات نمائية أخرى لديهم عيوب حركية تمنعهم من التعبير عن أنفسهم مع أن لديهم معرفة جيدة باللغة المكتوبة والمنطوقة، حيث تمثل هذه الطريقة إحدى الفنيات المعززة للتواصل للأشخاص غير القادرين على التعبير اللغوي أو الذين لديهم تعبير لغوي محدود ولذلك فهم يحتاجون إلى ميسر يزود بالمساندة الفيزيائية، فعلى سبيل المثال عند الكتابة على الكمبيوتر يقوم الميسر (الشخص المعالج) بدعم يد الشخص التوحدي أو ذراعه، بينما يستخدم الفرد التوحدي الكمبيوتر في هجاء الكلمات، وهذا النوع من العلاج يُبنى على أساس أن الصعوبات التي تواجه الطفل التوحدي تنتج من اضطراب الحركة علاوةً على القصور الاجتماعي والتواصلي، وعلى ذلك فإن المساندة الفيزيائية المبدئية عند تعلم مهارات الكتابة يمكن أن تؤدي في النهاية إلى القدرة على التواصل غير المعتمد على الميسر (الآخر) كما أن هذا الأسلوب يُركز أساساً على تنمية مهارات الكتابة.

وقد حظيت هذه الطريقة باهتمام إعلامي مباشر في وسائل الإعلام الأمريكية، ولكن رغم ذلك لم تُشر إلى وجود فروق بين الأداء باستخدام الميسر أو الأداء المستقل بدون استخدام الميسر (Trevarthen. Aitken, 1998, p145).

7-2-2-9- العلاج بالمسك أو الاحتضان Holding Therapy (HT) :

يقوم العلاج بالاحتضان على فكرة أن هناك قلقاً مُسيطراً على الطفل التوحدي ينتج عنه عدم توازن انفعالي، مما يؤدى إلى انسحاب اجتماعي وفشل في التفاعل الاجتماعي والتعلم، وهذا الانعدام في التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الأم والرضيع وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث.

ويتم هذا النوع من العلاج عن طريق مسك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء بعد إطلاق حالة من الضيق، وبالتالي سيحتاج الطفل إلى أن يهدأ وعلى المعالج (الأب، الأم، المدرس ... الخ) أن يقف أمام الطفل ويمسكه لمحاولة أن يؤكد التلاقي بالعين، ويمكن أن تتم الجلسة والطفل جالس على ركبة الكبير وتستمر الجلسة لمدة (45) دقيقة والعديد من الأطفال ينزعجون جداً من هذا الوقت الطويل.

وفي هذا الأسلوب العلاجي يتم تشجيع آباء وأمهات التوحديين على احتضان (ضمّ) أطفالهم لمدة طويلة حتى وإن كان الطفل يمانع ويحاول التخلص والابتعاد عن والديه، ويعتقد أن الإصرار على احتضان الطفل

باستمرار يودي به في النهاية إلى قبول الاحتضان وعدم الممانعة، وقد أشار بعض الأهالي الذين جربوا هذه الطريقة إلى أن أطفالهم بدؤوا في التدقيق في وجوههم ثم طرأ تحسن ملحوظ في قدرتهم على التواصل البصري، كما أفادوا أيضاً بأن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعي ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أن جدوى استخدام أسلوب العلاج بالاحتضان في علاج التوحد لم يتم إثباتها علمياً (Patricia, 2003, p198).

7-2-2-10- العلاج بالتدريبات البدنية Physical Exercise (PE) :

مؤسس هذه الطريقة هو Rinland (1988)، حيث رأى أن الإثارة العضلية النشطة لعدة ساعات يومياً يمكن أن تصلح الشبكة العصبية المعطلة وظيفياً، ويفترض أنصار هذا الأسلوب أن التدريب الجسماني العنيف له تأثيرات ايجابية على المشكلات السلوكية عند الطفل، حيث أن نسبة (48%) من (1286) فرداً من آباء الأطفال التوحديين قرروا أن هناك تحسناً ناتجاً عن التمارين الرياضية في مدى الانتباه والمهارات الاجتماعية كما قلل من سلوكات إثارة الذات، ويرى بعض الباحثين أن التمارين الرياضية في الهواء الطلق تؤدي إلى تناقص هام في إثارة الذات وبالتالي إلى زيادة الأداء الأكاديمي (الزريقات، 2004، ص444).

7-2-2-11- التعليم الملطف Gentle Teaching (GT) :

استخدم هذا النوع من العلاج بواسطة McGee عام (1985) كنوع من العلاج وقد أشار إلى نجاحه لدى الأفراد ذوي صعوبات التعلم والسلوكات التي تتسم بالعناد، وتهدف هذه الطريقة إلى تقليل سلوكات المعاندة باستخدام اللطف والاحترام، وتقوم على افتراضين أساسيين هما:

1- أن يتعلم المعالج احترام الحالة الانفعالية للطفل ويتعرف على طبيعة إعاقته بكل أبعادها.
2- أن يتعلم المعالج أن سلوكات المعاندة أو العناد هي رسائل تواصلية قد تُشير إلى اضطراب أو عدم راحة أو قلق أو غضب (Green, 2002, p97).

7-2-2-12- العلاج بالموسيقى Music Therapy (MT) :

يُستخدم هذا النوع من العلاج في معظم المدارس الخاصة بالأطفال التوحديين ونتائجه جيدة، فقد ثبت على سبيل المثال أن العلاج بالموسيقى يُساعد على تطوير مهارات انتظار الدور Turn taking وهي مهارة تمتد فائدتها لعددٍ من المواقف الاجتماعية، ويساعد أيضاً في تنمية بعض الجوانب الاجتماعية وجوانب أخرى كالأمراض العضوية والاضطرابات الانفعالية من خلال الأداء الغنائي على الآلات الموسيقية كالبيانو، وهو أسلوب مفيد وله آثار إيجابية في تهدئة الأطفال التوحديين، وقد ثبت أن ترديد المقاطع الغنائية على سبيل

المثال أسهل للفهم من الكلام لدى الأطفال التوحديين وبالتالي يمكن أن يتم توظيف ذلك والاستفادة منه كوسيلة من وسائل التواصل (أمين، 2008، ص104).

وهناك العديد من الأساليب العلاجية الأخرى لكنها أقل شيوعاً وانتشاراً ولن نتطرق لها.

7-2-3- أساليب التدخل الطبي:

يُركز العلاج الدوائي أو الطبي في الطفولة المبكرة على أعراض مثل العدائية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطى والمتأخرة، مع الأخذ بالاعتبار أن لكل طفلٍ تكوينه الفيزيولوجي الذي يختلف عن الآخر وبالتالي تختلف استجابته للدواء أوالعقار، أما في المراهقة والرشد وخاصةً لدى التوحديين من ذوى الأداء المرتفع فقد يكون الاكتئاب والوسواس القهري هما من الظواهر التي تتداخل مع الأداء الوظيفي للطفل، ويظهر كلٌ من الخبرة الإكلينيكية والبحث العلمي أن فاعلية العقار يمكن أن تجعل الشخص التوحدي أكثر قبولاً للتعلم الخاص أو للمداخل النفسية الاجتماعية وقد تُسير عملية التعلم، وهناك العديد من العقاقير التي تُستخدم لدى الأطفال التوحديين مثل العقاقير المنبهة Stimulant Meauiation أو منشطات الأعصاب Neuralpties أو مضادات الاكتئابAntidepressant والعقاقير المضادة للقلق Antianxiety Medication والعقاقير المضادة للتشنجات Anticpnvulsants (عامر، 2008، ص122).

7-2-4- أساليب العلاج بالفيتامينات Vitamins Treatment :

أشارت بعض الدراسات إلى أن استخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسن في السلوكات، فقد أجريت دراسة Lelard et al (1982) في فرنسا وأشارت نتائجها إلى أن العلاج بفيتامين (B6) أدّى الى تحسن السلوك لدى (15) طفلاً ضمن عينة قوامها (44) طفلاً توحدياً، وفي دراسات أخرى قام بها Martieau et al (1988) تبيّن أن خلط فيتامين (B6) مع المغنسيومMagnesieum يُنتج تحسناً أفضل من استخدام فيتامين (B6) بمفرده (أمين، 2008، ص102).

7-2-5- أساليب العلاج بالحمية الغذائية Dietary Treatment (DT):

المقصود بمصطلح الحساسية المخية هو التأثير السلبي على الدماغ الذي يحدث بفعل الحساسية للغذاء، فالحساسية للغذاء تؤدي إلى انتفاخ أنسجة الدماغ مما يؤدي إلى اضطرابات في التعلم والسلوك وعدم الشعور بالألم وفرط الحركة أو الخمول والسلوكات الشاذة وعدم التركيز أو شرود الذهن والكلام بطريقة غير سوية مع اختلال في نبرات الصوت والروتين النمطي والسلوك المتكرر والانطواء على الذات واضطراب عادات النوم

وغيرها من المظاهر السلوكية الشاذة. ومن أشهر المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية المصاحبة للتوحد: السكر، الطحين، القمح، الشوكولاته، الدجاج، الطماطم، وبعض الفواكه.

وفي دراسة قام بها Rimland (1994) لاحظ أن (40–50%) من الآباء شعروا أن أبنائهم قد استفادوا على العلاج بالحمية الغذائية، ويرجع السبب كما توضح الدراسة إلى عدم قدرة الجسد على تكسير بروتينات هي الجلوتين Gluten مثل القمح والشعير والكازيين Casein والذي يوجد في لبن الأبقار ولبن الأم. إلا أن هناك العديد من الآباء الذين لاحظوا العديد من التغيرات الدرامية بعد إزالة أطعمة معينة من غذاء أطفالهم، لذا يجب على أولياء الأمور الاستعانة بأخصائي تغذية قبل تغيير طعام أطفالهم التوحديين وذلك لعمل قوائم طعام تتناسب والحاجة الغذائية للفرد في اليوم الواحد (العبادي، 2006، ص94).

ولكي يكون العلاج أكثر فاعلية لابد من أن تتضافر عدة أساليب علاجية لتحقيق أكبر فائدة ممكنة.

المحور الثاني

التفاعل الاجتماعي

أولاً – مقدمة

ثانياً – مراحل النمو الاجتماعي

ثالثاً – الاضطرابات الاجتماعية عند الطفل التوحدي

رابعاً – النظريات المفسرة للعجز الاجتماعي لدى الطفل التوحدي

خامساً – مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الطفل التوحدي وطرق تحسينها

المحور الثاني
التفاعل الاجتماعي

أولاً – مقدمة:

إن التفاعل الاجتماعي لدى كثيرٍ من الناس هو تفاعل حدسي وطبيعي، حيث نستلم الكثير من المعلومات فقط بالنظر في الناس الآخرين ونحن نحاول بالغريزة أن نخلق أفضل جو لجعل التفاعلات الاجتماعية تنجح (Jannike beyer, 2007, p12)، فقبل أن يتعلم الأطفال الكلام يستعملون نظرة العين أو التعبير الوجهي أو أصواتاً أو بوادر مثل (عرض، أخذ، إعطاء، إشارة) في التفاعلات الاجتماعية، وهذه التفاعلات الاجتماعية المبكرة تطور مهارات الاتصال أولاً مع مقدمي الرعاية للأطفال ومن ثم تستعمل في المحادثة لعرض المواضيع الجديدة حول الأشياء المهمة للتفاعل مع النظائر واتخاذ الأصدقاء (Critical, 2007,p1)، في حين نجد أن أطفال التوحد غير مجهزين بنفس الوعي الاجتماعي الفطري، ويعدّ نقص المهارات الاجتماعية ميزة الأفراد الذين شُخِّصوا بالتوحد، وهذه المهارات هي بمثابة الأدوات التي نستعملها للتفاعل مع الناس الآخرين (Louis, 2009, p907)، فغالباً يكون الأطفال التوحديون بمعزلٍ عن الآخرين وهم متحفظون يقيمون اتصالات قليلة وعلاقات ضعيفة مع المحيطين بهم، وغالباً ما يهيمون على وجوههم في أرجاء الغرفة التي يوجدون فيها غير مهتمّين ولا عابئين بما يفعله الآخرون، كما تظهر لديهم أعراض الانسحاب الاجتماعي والانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات صداقة مع الآخرين، فيعاملونهم كآلاتٍ ليس لها أي أهمية بالنسبة لهم (حكيم، 2002، ص49–51)، وفي دراسة ملاحظاتية قام بها كريستوفر على (20) عائلة من أطفال التوحد و(10) عائلات من الأطفال الناميين نموذجياً تمّ تسجيلهم على الفيديو، بيّنت أن أطفال التوحد أظهروا عروضاً أقل للتفاعلات الاجتماعية وكماً أقل من أنماط الاتصال في حين لم تظهر لدى الفئة الأخرى أي أعراض، وهذا يعدّ مؤشراً على نقص الاتصال والتفاعل الاجتماعي لديهم (Jones, 2009, p432)، وبالإضافة إلى ما ذكرناه سابقاً نجد أن الطفل التوحدي غير قادر على الاستجابة للمؤثرات الاجتماعية الموجهة إليه ويميل إلى الانسحاب والتوجه نحو الذات، وهذا يدل على وجود عجز لدى الطفل التوحدي في إقامة علاقات اجتماعية جيدة وبنّاءة مع المحيطين به.

ويعتقد العديد من الأخصائيين أن الاختلال في السلوك الاجتماعي هو بمثابة مفتاح لتعريف التوحد، فالأطفال التوحديون لديهم ضعف وقصور في مهارات التفاعل الاجتماعي ولديهم إيماءات وتعبيرات وجه

محددة وقصور في فهم القواعد الاجتماعية، حيث صنف اديلسون السلوك الاجتماعي لأفراد التوحد ضمن ثلاث فئات رئيسة:

1- المائلين إلى التجنب اجتماعياً Socially avoidant.

2- اللا مبالين اجتماعياً Socially indifferent .

3- الأخرق اجتماعياً (غير المتكيف اجتماعياً أو ما يدعى الإرباك الاجتماعي) Socially awkward. (Edelson, 1997, p52)

ينسحب الأفراد الموصوفون بأنهم ميالون إلى التجنب اجتماعياً بشكل حقيقي من كافة أشكال التفاعل الاجتماعي، كما يتميزون بنوب غضب وهيجان، وفسر بعض علماء النفس أسباب ذلك من خلال استنادهم على المقابلات التي أجريت مع الأطفال البالغين، وهذه المشكلة تتعلق بالحساسية الزائدة إزاء بعض المثيرات، فصوت المعلم قد يؤذي آذانهم وشم رائحة الشامبو قد يسبب عدوانية لديهم. في حين يمتاز الأفراد الموصفون بأنهم لا مبالين اجتماعياً بأنهم لا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ويكونون غالباً وحيدين، وتفسر النظريات ذلك بأن الأطفال التوحديين لا يحققون مستوى بيولوجياً كيميائياً جيداً من خلال الالتقاء مع الآخرين، وبالنسبة لهم فإن قضاء وقت مع شخص لا يختلف عن الجلوس في غرفة أو على الكرسي وبالتالي فهم لا يشعرون بالسعادة عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين. أما الأفراد الموصفون بأنهم غير متكيفين اجتماعياً فربما يحاولون إيجاد أصدقاء لهم لكنهم لا يستطيعون المحافظة على هذه العلاقات ويبقي هؤلاء الأفراد المحادثات حول أنفسهم، لذا يعانون من قصور في تبادل العلاقات وفي التفاعلات ولديهم صعوبة في تعلم المهارات الاجتماعية.

إضافةً إلى هذه العيوب الاجتماعية السابقة، فإن المعرفة الاجتماعية والإدراك الاجتماعي لديهم مصاب أيضاً بالاختلال الوظيفي، فهم لا يدركون أن الأفراد الآخرين لديهم أفكار ووجهات نظر خاصة بهم ولديهم صعوبة في فهم معتقدات واتجاهات وانفعالات الآخرين وبالتالي فهم غير قادرين على توقع ماذا سيقول الآخرون؟ أو ماذا سيفعلون في المواقف الاجتماعية المتنوعة (Edelson, 2003, p91)، ويُذكر تعليق لأحد الأفراد التوحديين مرتفعي الكفاءة عن نفسه وهو كالآتي: الأفراد الطبيعيون إذا ما وجدوا أنفسهم في كوكب به كائنات غريبة فإنهم سيشعرون بالخوف ولا يعرفون كيف يتوافقون مع هذه الكائنات وبالتأكيد سيجدون صعوبات في فهم كيف تفكر هذه الكائنات الغريبة؟ وماذا تريد؟ ومن ثم فإنهم لا يعرفون في هذه الحال كيف يتصورون الاستجابات الصحيحة لهذه الكائنات وهذا ما يكون عليه حال (ذوي التوحد)، فالحياة بالنسبة لهم كتلة محيرة ومربكة وعبارة عن تفاعلات بين البشر والأحداث والأشياء بدون حدود يصعب فهمها (كامل، 1997، ص272).

ثانياً– مراحل النمو الاجتماعي:

ينشأ التوحد في مراحل النمو المبكرة، حيث أكدت تقارير الوالدين أن بداية الأعراض تظهر منذ مراحل العمر الأولى، وقد أثبتت العديد من الدراسات أن متوسط العمر الذي يبدأ فيه الاضطراب بالظهور هو (16–20) شهراً من حياة الطفل، حيث تظهر علامات عجز التواصل الاجتماعي عند الطفل منذ الأشهر الأولى من العمر، فلا يستطيع التواصل مع أسرته وخاصة أمه، ولا تظهر القدرة الطبيعية للطفل التي توهب له من الله سبحانه وتعالى في التعلق والارتباط بوالدته وأبيه وأسرته، فيلاحظ الأهل أن تفاعل الطفل معهم غير طبيعي وأن له عالمه الخاص به.

وفيما يلي عرض بسيط لمراحل النمو الاجتماعي التي يمر بها الطفل الطبيعي والطفل التوحدي:

2–1– مراحل النمو الاجتماعي لدى الطفل العادي:

تدلّ التجارب على أن أحاسيس الطفل تبدأ بعد عدة أيام من الوضع، فمثلاً يفتح الطفل فمه ويؤدي حركات الرضاعة بمجرد أن يوضع على ظهره فيثير عنده الرغبة في الرضاعة، فالطفل يهتم بالآخرين وينتبه إليهم لأغراض وسيلية أي لرغبة في الحصول على شيءٍ ما قبل أن يرضع أو أنه يريد مساعدة تريحه أو تخفف عنه ألماً، وفي نهاية الشهر الثالث يظهر لديه نوع آخر من الاهتمام وهو نوع يستند إلى درجة عالية من الروح الاجتماعية، فيبدأ الرضيع باستعمال العينين عند تناوله غذاءه فينظر إلى ثدي أمه، وفي الشهر الخامس يثيره صوت وقع أقدام الأم ويبدأ التأثر بما حوله عن طريق حاستي السمع والبصر ويبدأ الطفل الاهتمام بالآخرين لا لمجرد حصوله على احتياجاته المادية فحسب ولكن لأن الجانب الاجتماعي من التعامل يصبح شيئاً ممتعاً بالنسبة له (الشامي ج، 2004، ص32)، وبعد هذا يتعقد نشاط الأعصاب كلما كبر الرضيع، فعند الميلاد يكون لدى الطفل ميل للانتباه إلى الأشياء التي تتسم بالتغيير والحركة ويبدي اهتماماً وحزناً (كرد فعل للألم) مع محاولة الابتسامة (سعادة أو رضا)، وتظهر تعبيرات الغضب في أعمار الأطفال بين (3–4) أشهر وهو نفس العمر الذي يكتسب فيه الطفل السيطرة على أعضائه لدفع أي ضررٍ عنه، كما يظهر الحزن أيضاً في نفس العمر تقريباً، ويظهر الخوف في الأعمار بين (5–7) أشهر، وهذا يتبعه الخجل وتُلاحظ تعبيرات نفسية مركبة مثل الندم والعصيان خلال السنة الثانية من عمر الطفل، ويبدأ التفاعل بين الطفل بإمكاناته الفطرية الموروثة وبين عوامل البيئة منذ لحظة الحمل، فالطفل يولد وحواسه مكتملة إلا أنه ينقصه الخبرة والتعلم الذي يتم من خلال التفاعل مع المحيطين به والقائمين على رعايته، وتعدّ ابتسامة الطفل لأمه هي أول رد فعل اجتماعي له.

ويتضمن النمو النفسي الاجتماعي لجميع الأطفال انتقالاً تدريجياً من حالة الاعتماد التام على الآخرين اعتماداً جسمياً واجتماعياً عند الطفل الرضيع إلى حالة الاستقلال في المراهقة المتأخرة، فخلال السنتين الأوليتين من حياة الطفل تكّون اتجاهاته السلبية أو الايجابية نحو بيئته، ويعتمد ذلك بالدرجة الأولى على علاقته بأمه والطريقة التي تتعامل بها مع طفلها والأسلوب الذي تتبعه لتطبيقه اجتماعياً، وفي سن الثالثة تقريباً يبدأ الطفل في تعلم الكبت أو في تغيير سلوك العدوان ويبدأ في تمثيل الكثير من سلوك الأبوين وتقليدهم ويبدأ في التطابق معهما ويرتبط الوضع هنا بنمو الوعي ويتصرف في غياب الوالدين بالطريقة التي يعرف أنهم يقبلونها ويريدونها (أبو السعود، 2008، ص73).

وخلال مرحلة ما قبل سن المدرسة أو مرحلة ما قبل الجماعات، يرتقي الأطفال من مرحلة غير اجتماعية نسبياً إلى مرحلة اجتماعية واضحة حيث يزداد حجم التعاون بين الطفل والأطفال الآخرين وتتضح له علاقات ايجابية نشطة وتتحدد شخصيته من خلال تفاعلاته مع أبويه وإخوته ويصبح لديه إدراك أكثر للعلاقات الاجتماعية ويستطيع أن يعبّر عن نفسه وعما يحب وما يكره.

أما في سن السادسة فتبدأ مرحلة التجمع عندما يلحق معظم الأطفال بالمدارس وتستمر حتى حوالي الثانية عشرة، وهي مرحلة اجتماعية يتحول فيها اهتمام الصغار من الأسرة إلى حياة الجماعة والأصدقاء، حيث يصبح ولاء الطفل وانتماؤه للجماعة كما يصبح أكثر اعتماداً على الرفاق ويسلك نفس السلوك الذي يكون قد تعلمه أثناء تفاعلاته وعلاقته بأسرته، وتتميز هذه المرحلة بتزايد أنماط السلوك الاجتماعي ويزداد ميل الطفل للارتباط بعددٍ قليلٍ من الأصدقاء، كما يساعد اللعب على تفاعل الطفل مع الجماعة ويعرّفه مسؤولياته تجاه الآخرين ويعلّمه القيادة والتبعية ويشعره بالولاء ويعلّمه كيفية التفاعل مع الآخرين (المرجع السابق، 2008، ص78-80).

2-2- مراحل النمو الاجتماعي لدى الطفل التوحدي:

بالرغم من أن بعض المهارات الاجتماعية قد تنشأ وتنمو مع الوقت، يبقى الأفراد المصابون بالتوحد حتى في مرحلة الرشد يعانون من صعوبات ومشكلات كبيرة في العلاقات الاجتماعية، حيث يعدّ هذا الانحراف الاجتماعي من أهم المظاهر التي تميز هذا الاضطراب، وتشدد طرق القياس والفحص على العوامل الاجتماعية للاضطراب كما هو الحال في المعيار التشخيصي له وكما وصف في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية، ويركز العلماء على شدة العجز الاجتماعي الذي يعانيه التوحديون وعلاقاتهم الاجتماعية التي تتناسب مع عمرهم الزمني ومستوى نموهم.

1) مرحلة النمو المبكرة:

اعتمدت الدراسات الأولى للنمو الاجتماعي للأطفال التوحديين على تقارير الوالدين أكثر من اعتمادها على الملاحظة المباشرة، حيث يُظهر حوالي (75%) من الأطفال التوحديين منذ الأشهر القليلة الأولى من حياتهم فساداً كيفياً في التفاعل الاجتماعي يظهر في النقص الواضح عند الطفل للوعي بالآخرين، تماماً كعدم الاكتراث بوجود أشخاص من حولهم ومعاملة الناس على أنهم أشياء لا يتطلبون تفاعلاً متبادلاً ويعانون من عدم فهم القواعد المتفق عليها للتفاعل الاجتماعي مثل النظر إلى شخصٍ ما عند التحدث إليه أو معرفة وجود شخصٍ آخر ويستعمل الآخر كما لو كان وسيلةً لإعطائه ما لا يستطيع الوصول إليه بنفسه ثم يتجاهله كأنه غير موجود، كما يتجنب الاتصال بالعينين وتغيب عنده الابتسامة الاجتماعية (حمودة، 1991، ص63)، فإذا تُركوا وحدهم في سررهم لفترات طويلة قلّما يمدّون أيديهم ليتم حملهم، وإذا حُملوا فإنهم إما أن يميلوا إلى السكينة وعدم الحركة أو يقاوموا اللمس كلياً ويفشلوا في تنمية سلوك التواصل مثل الملاحظة والمواجهة بالنظر في عيني الشخص، ويلاحَظ لدى أطفال هذه الفئة أشكال من الانفعالات والهيجانات لا يمكن تفسيرها، فبعضهم سريع الإثارة يبكي طوال الليل والنهار ومن الصعب تهدئته وإرضاؤه وبعضهم الآخر شديد الهدوء ومن النادر أن يبكي حتى إذا كان بحاجةٍ لشيءٍ ما كالطعام والنوم والدخول إلى الحمام، كما أن بعض الأطفال التوحديين يُظهرون اهتماماً بصرياً غير طبيعي كالحملقة في الأضواء لفترات طويلة (الشامي، 2004، ص37)، ونقص التواصل بالعين والوجه وعدم التمايز أو كراهية العواطف والتلامس الجسماني، وقد يرتبط الطفل ميكانيكياً بشخصٍ معين وأحياناً يكون ارتباطه بوالديه غريب فيبدو كأنه يتعرف على والدته عن طريق الشم، فالصفة الإكلينيكية الأساسية للتوحد هي اضطراب عميق في العلاقات الاجتماعية تظهر في الشهور الأولى من الحياة وتقريباً في سن الثالثة، ويتميز بنقص في الأداء الوظيفي السيكولوجي ونقص في نظرية العقل والفشل في الاقتراب من النظام الرمزي (أبو السعود، 2008، ص81)، وهناك ثلاثة أشكال من علاقات النقص الاجتماعي لأطفال التوحد وهي: النقص في الإدراك الاجتماعي، وصعوبة فهم معتقدات الناس الآخرين واتجاهاتهم ومشاعرهم، وضعف القدرة على توقع ما للآخرين من أقوال وأفعال في معظم المواقف الاجتماعية (UTA, 2003, p2)، ونظراً لأن الطفل لا يفهم الكلمات أو القواعد الاجتماعية فانه كثيراً ما يسلك سلوكاً يعدّ غير مقبول اجتماعياً كالصراخ والتخريب وإلحاق الأذى بنفسه وبالآخرين أو الخمول والانعزال وغيرها من السلوكات الشاذة اجتماعياً.

2) سن المدرسة:

بالرغم من أن الأداء الاجتماعي يتطور بعد سن الخامسة إلا أن هذا الأداء قد لا يستطيع الطفل انجازه بشكل سوي، فالعديد من الأطفال التوحديين يبقون منشغلين بوحدانيتهم وبالإثارة الذاتية وأنشطتهم غير العادية

بدلاً من الأنشطة الاجتماعية والتفاعلية، وفي مرحلة لاحقة يظهر الفشل في التواصل الاجتماعي ويغيب اللعب الاجتماعي والتعاوني الناجع الذي يميز أطفال هذه المرحلة (Baron, 1999, p112).

3) مرحلتي المراهقة والرشد:

تأتي هذه المرحلة كمحصلة للسلوك الاجتماعي الناتج عن تفاعل العديد من العوامل والمواقف الاجتماعية التي مر بها الطفل التوحدي، فبعض الأطفال التوحديين يستمر لديهم الاهتمام الاجتماعي حتى المراهقة إلا أنهم يواجهون العديد من المشاكل والصعوبات كصعوبة التقيد بالقواعد الاجتماعية وأساليب المحادثة وعملية الأخذ والعطاء في المواقف الاجتماعية وصعوبات في عملية التعلم والتصميم وقواعد المبادلة والتفاعل الاجتماعي، وقد يحدث تحسن في كثير من الحالات تحسناً دراماتيكياً إلا أنها تعود لتستمر حتى مرحلة الرشد (سكر، 2007، ص6).

4) مرحلة الرشد:

تتجلى المشكلات الاجتماعية عند الراشد التوحدي في صعوبة تطوير علاقات اجتماعية وصداقة وتفاعل مع الآخرين، وقد تكون رغبته في تكوين الصداقة والتفاعل قوية لكن قدرته الضعيفة على انجاز المهمات المعقدة التي تتطلب التفاعل الاجتماعي تجعله بعيداً عن ذلك (العبد الله، 2001، ص83).

ثالثاً – الاضطرابات الاجتماعية عند الطفل التوحدي:

تظهر لدى الطفل التوحدي مظاهر الاضطرابات الاجتماعية في بداية حياته، حيث يفشل الرضيع في تطور الاتصال البصري المتبادل، كما يظهر الفشل في اكتساب الابتسامة الاجتماعية خلال الشهور الأولى من الحياة، ويكون التفاعل الاجتماعي والاهتمام بالوجه البشري قليل بالمقارنة مع الأطفال الأسوياء والأطفال المعاقين عقلياً غير المصابين بالتوحد.

وتعدّ الصعوبات الاجتماعية من أهم المظاهر التي تميز الأطفال التوحديين، حيث أشار كانر Kanner في وصفه الأول للتوحد أن هؤلاء الأطفال يكونون أكثر سعادةً عندما يُتركون بمفردهم وينشغلون بأنشطة انعزالية، وقد اعتبر كانر هذه العزلة الاجتماعية أحد الملامح الأساسية للاضطراب والمميزة له.

ويتغير شكل وشدة القصور الاجتماعي تبعاً لعمر الطفل وللمستوى الارتقائي له، فالرضيع المصاب بالتوحد قد يرفض المعانقة ولا يبادر بالإيماءات المتوقعة (مثل أخذ وضعية الاستعداد لأن يحمله شخصٌ ما) ويعاني من نقص في الاتصال البصري ويفشل في متابعة ما لديه والمشي خلف الأشخاص وتحيتهم عندما يعودون أو طلب الحب والعاطفة أو إظهار الحد الأدنى من التقليد الاجتماعي، فخلال سنوات ما قبل المدرسة

يتجاهل الطفل المصاب بالتوحد الآخرين أو يصطدم بهم حيث لا يدرك وجودهم ولا يلتفت عند النداء له، ولا ينزعج الطفل من العزلة الاجتماعية بل يبحث عن الوحدة، وعندما يتقدم الطفل بالعمر يصبح أقل بعداً اجتماعياً ويزداد إدراكه الاجتماعي، وعلى الرغم من ذلك يظلّ الطفل المصاب بالتوحد غير مدرك لمشاعر الآخرين ويعاني من نقص في فهم آثار سلوكه عليهم، وتظل القدرة على التعبير الوجهي للمشاعر بصفة عامة محدودة وتقلّ مشكلة الصراخ، ولكن تستمر الصعوبات في اللعب التعاوني أو التفاعل الاجتماعي فيفشل الطفل في اكتساب الأصدقاء بالإضافة إلى التصرفات غير المقبولة اجتماعياً (Valerei, 2010, p21).

ويمثل اختلال الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي الخاصية المميزة للاضطراب، كذلك فان النمو الاجتماعي للأطفال التوحديين لا يتطور بخطى توازي نموهم العصبي على الرغم من وجود قصور في نموهم العصبي أيضاً، فبينما قد يبلغ النمو العصبي المدى الطبيعي لدى البعض منهم أو حتى المدى فوق الطبيعي لدى نسبة ضئيلة منهم، نجد أن نموهم الاجتماعي يتخلف عن ذلك كثيراً، وأحياناً تتم الإشارة إلى الفرد التوحدي على أنه غير ناضجٍ اجتماعياً. وهناك ثلاثة جوانب لاختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي للطفل التوحدي إلى جانب اختلال الوعي الاجتماعي لديه ويتمثل في:

1- عدم قدرته على فهم أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر والخطط والأفكار والمشاعر.

2- عدم قدرته على التنبؤ بما يمكن أن يفعله في المواقف الاجتماعية المختلفة.

3- العجز أو القصور الاجتماعي.

4- عدم القدرة على التواصل اللفظي أو البصري.

وهذه الجوانب هي التي تؤدي إلى حدوث العديد من المشكلات في الجانب الاجتماعي لدى الطفل التوحدي وتسهم في جوانب القصور الاجتماعي لديه (Prizant, 2007, p135).

كما يعاني الطفل التوحدي من عجز في مستوى الوعي بمشاعر الآخرين وانفصال شديد عن الواقع بالإضافة إلى فقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين وعدم القدرة على تقليد أفعال الآخرين وسلوكاتهم، حيث تبيّن من خلال دراسة Douglois & Sandor ودراسة Curico & Lovaas أن الأطفال التوحديين لا يستطيعون تقليد الآخرين أو محاكاتهم ولا يستطيعون اكتساب المهارات من خلال المحاكاة أو يحاكيهم بصورة مضطربة مثل التقليد الآلي للآخرين دون علاقة بالموقف أو ربما يتم تقليد أفعال الآخرين دون فهم حقيقي للمعاني أو الأسباب، كما يعاني من نقص واضح في التقليد أو غيابٍ كامل له (عجاج، 1992، ص79).

وتظهر أشكال من الاضطراب خاصةً في التفكير الرمزي والمجرد واللعب الخيالي ومعرفة الانفعالات، ويبقى الطفل التوحدي لفترة طويلة كما في سنواته الأولى يمسك الأشياء ولا يعرف كيف يلعب بها، وبعضهم يحب اللعب بالماء أو تدوير قطعة معدنية لكنه لا يطور في لعبه ولا ينتقل لجديد، ويظهر نقص اللعب التخيلي غالباً مع نقص الأنشطة والاهتمامات ويميل اللعب والتقليد ليكون مادياً مجمداً ومحدداً بدلاً من أن يكون رمزياً وخيالياً، فيصعب إشراك الطفل في تبادلات اجتماعية عادية مثل لعبة الاستغماية والتي تتصف بالتبادلية والتعبير عن مشاعر ايجابية إلا في حدود ضعيفة جداً، كما أنه لا يبادر للبدء بتفاعلات اجتماعية متبادلة أو الإجابة عليها أو الاستمرار فيها أو إنهائها كما يفعل الطفل العادي (Klin, 1992, p864)، وتتمثل الخاصية الرئيسية للطفل التوحدي بنقص في الارتباط الاجتماعي أو تكوين علاقات اجتماعية والتكرار والنمطية في تناول الأشياء والاستخدام غير الوظيفي لها، بالإضافة إلى عدم القدرة على اللعب الإيهامي (أبو السعود، 2008، ص91).

ومن الملفت للنظر أن الطفل التوحدي لا يستطيع التفاعل أو الاستجابة للأشخاص إلا أنه يستجيب ويتفاعل مع البيئة التي لا حياة فيها، كما يغيب لدى الأطفال التوحديين التعاطف الوجداني والمشاركة الانفعالية حيث يفشل هؤلاء في تطوير التعاطف الوجداني الاجتماعي ولكنهم أكثر إظهاراً للتعاطف الذاتوي والانشغال بالموضوعات الذاتية، وقد طور بعض الباحثين نموذجاً للتعاطف سمّوه الموقف الغريب مؤكدين على أن هؤلاء يظهرون بعض التعاطف في البدء أو عند الانطلاق ولكنه ينعدم بعد ذلك، ويبدي التوحديون الأكبر سناً نوعاً من السلوك المسمى البحث عن التقاربية أو السعي للتقرب من الأم أكثر من الغريب، في حين يفشلون في سلوك التبادل الاجتماعي مع أقرانهم أو في اللعب التعاوني بالمقارنة مع الأطفال الأسوياء (Capps, 1994, p85) ، ويمكن أن نلخص الاضطرابات في التفاعلات الاجتماعية لدى طفل التوحد على النحو التالي :

3-1- الاضطرابات في إقامة العلاقات المتكافئة – النظيرة:

يعاني أطفال التوحد من قصور في اللعب العفوي أو اللعب الخيالي وأيضاً عدم القدرة على مجاراة أفعال الآخرين وضعف المبادرة بألعاب تتطلب تقليد شخصيات أخرى، فالكثير من الأطفال التوحديين يمكن أن يتجنبوا الاتصال مع الآخرين من نفس أعمارهم مفضّلين صحبة البالغين، ويميلون إلى الانضمام للألعاب الخاصة بالأطفال الأصغر منهم في العمر الزمني، أيضاً قد يظهر لدى الأطفال التوحديين بعض السلوكات العدوانية تجاه الأطفال الآخرين والتي تمثل مشكلة أخرى.

ولكن تكمن المشكلة في أنهم لا يكونون على وعيٍ كافٍ بالاضطرابات في المهارات الاجتماعية الموجودة لديهم، وفي نفس الوقت يمتلكون مجرد فكرة بسيطة وضئيلة عن التتابع المعقد جداً للتفاعل المطلوب ببساطة للدخول في تجمع اجتماعي (النجار، 2006، ص58).

3-2- فهم الصداقة:

تعددت التعريفات المختلفة للصداقة ولكن درجة التقارب والمشاركة والمساعدة والتعاطف والتفاعل العاطفي كلها أساسية بالنسبة لمعظم هذه التعريفات، ومع ذلك فإن الفهم الصحيح لتلك المفاهيم المعنوية والمحيرة قد يكون تقريباً مستحيلاً بالنسبة لأفراد كثيرين من ذوي التوحد، فالكثير منهم يدركون وجود صداقات ويكونون حقاً على وعيٍ بأنه يجب أن يكون لديهم أصدقاء ولكن بدون أي محاولات حقيقية لصعوبة العلاقات المطلوبة (كامل، 1998، ص76).

3-3- فهم من هو ليس صديق:

يعاني أطفال التوحد من صعوبة القدرة على إدراك أفكار الآخرين وإدراك ما يدور في أفكارهم، خاصةً أنهم لا يدركون المفاهيم المجردة، بل يطلق بعض علماء النفس على التوحد مسمى العمى العقلي، حيث لا يفهم المصاب بالتوحد معنى الخداع والتضليل أو قد يكون الشخص ماكراً وغير عطوف ويفسرها الطفل على أنها علاقة صداقة حميمة، أي أنه غير قادر على فهم هذه المفاهيم والعلاقات والمشاعر المختلفة.

3-4- فشل الفهم أو الاستجابة بطريقة ملائمة لمشاعر وأحاسيس الآخرين:

غالباً ما يفتقد الأفراد التوحديون إلى المقدرة الطبيعية للاستجابة للآخرين بطريقة ملائمة أو التفريق بين التفاعل مع البالغين المألوفين بالنسبة لهم والغرباء عنهم، فهم لا يدركون مشاعر الآخرين ولا يهتمون بهم ولا يفرقون بين الناس والأشياء، ولا يبدون أي مجهود لتفادي التعثر في الناس إذا كانوا في طريقهم أو الاهتمام بحاجياتهم ورغباتهم، كذلك الأمر بالنسبة لإلقاء التحية فحتى لو عرف الأفراد التوحديون ضرورة الحاجة لتحية الآخرين أو أي مظاهر أخرى للتعبير عن المشاعر فإنهم يفعلون ذلك بطريقة رسمية جداً ويكون ذلك بأسلوب غير ملائم (النجار، 2006، ص63).

3-5- فشل المشاركة في المشاعر والخبرات:

يحاول القليل من الأطفال التوحديين أن يشاركوا الآخرين بعض الأنشطة أو الألعاب الجماعية ولا يبدو أن لديهم القدرة على مشاركة الآخرين مشاعرهم، وإن حدثت بعض المحاولات من جانب التوحديين فإنهم غالباً يحددون للآخرين الأشياء الممتعة من وجهة نظرهم هم فقط، فإذا ما تم دعوة التوحديين لحضور حفلٍ ما

(حدث غير مألوف لمعظمهم) فإنهم يكونون غير قادرين على الانضمام ومشاركة المجموعة بطريقة طبيعية فإما أنهم سوف يخرجون أنفسهم تماماً من الموقف أو أنهم سوف يظهرون سلوكات وانفعالات مُبالغٌ فيها فيصبحون مثارين بدرجة مرتفعة وممتلئين بالحيوية و يظهرون بعض السلوكات الشاذة التي من شانها أن تفسد الآخرين.

3-6- الافتقار إلى السلوكات الاجتماعية الملائمة:

في مواقف كثيرة من تلك التي يتعرض لها ذوي التوحد، لا يكون الاضطراب أو الخطأ فيما يقوم به هؤلاء الأفراد من سلوك في حد ذاته، ولكن يكون بسبب عدم ملاءمة مثل هذه السلوكات لموقف اجتماعي معين، إذ أن فهم أين ومتى وكيف يكون التصرف الملائم بطريقة محددة؟ يتطلب فهماً اجتماعياً أكثر تعقيداً أو ذكاءً أعلى مما قد يتوفر لدى ذوي التوحد، أيضاً قد تحدث مشكلات أخرى بسبب القدرات المنخفضة لدى ذوي التوحد ليحدد الأشكال المختلفة للاتصال سواءً اجتماعياً أو الطريقة الملائمة للموقف مثل مشكلات عدم الملاءمة والتكرار الفقير للكلام والذي تم وصفه سابقاً، ولكن هناك جوانب أخرى غير كلامية خاصة بالاتصال قد تتسم بالاضطراب، حتى الإشارات الجسدية إذا تمّ استخدامها تكون جامدة جداً ومتكلفة جداً وتبادلياً تكون مفتعلة ودرامية جداً (كامل، 1997، ص80).

3-7- فشل تفسير التلميحات:

يتواصل الطفل العادي بطريقة غير لفظية، حيث يستخدم الإيماءات بمصاحبة الكلام أو التعبير عن انفعاله ويصاحب ذلك تواصل بصري، أما طفل التوحد فلا تتوافق تلميحات وجهه وقسماته مع نبرات صوته ولا تنسجم لديه الإيماءات مع الكلام وبالتالي لا يفهم الإيماءات والتعبيرات والحركات الصادرة عن الأشخاص الآخرين المحيطين به (النجار، 2006، ص64).

3-8- القوانين، الفضيلة (الأخلاق)، الخداع:

من الإعاقات الكبرى التي تظهر لدى ذوي التوحد عدم القدرة على فهم أو إتباع القواعد الاجتماعية الطبيعية، ويظهر ذلك في أنه مجرد اكتساب الفرد التوحدي قانوناً معيناً أو تعليقات محددة فيمكن أن يتقيد به بطريقة صلبة غير مرنة بغض النظر عن العوامل الاجتماعية الأخرى، بمعنى أنه عندما يعرف أحد الأفراد ذوي التوحد أن شيئاً ما صحيحاً أو خاطئاً فإنه يتمسك بشدة لهذه الرؤية مهما كانت الظروف المحيطة (كامل، 1997، ص83).

3-9- العمى العقلي:

من الواضح أن الأفراد المصابين بالتوحد مهما كانت قدراتهم العقلية تظلّ فاسدة بالنسبة لفهم معتقدات ومعرفة مشاعر ورغبات ونوايا وأحاسيس الآخرين، وهذه القدرات العقلية بالطبع تكون مهمة للفهم الاجتماعي، وفي التطور الطبيعي للطفل تظهر تلك القدرات بوضوح من سن (3-4) سنوات فيبدون القدرة المناسبة على التعبير عن المعنى وراء ما يقوله الآخرون وبدون إدراك أن الآخرين لديهم مفاهيم ومشاعر وأحاسيس مختلفة ولديهم مفاهيم مختلفة تقريباً لكل تفاعل اجتماعي ينتج عنه مشكلات وسوء فهم وإدراك (كامل، 1998، ص84).

رابعاً - النظريات المفسرة للعجز الاجتماعي لدى الطفل التوحدي

إن كل ما ذكرناه سابقاً يمثل عجزاً حقيقياً في التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد، حيث يعتبر العجز في التفاعل الاجتماعي المظهر الرئيسي بين ثلاثة مظاهر تشكل اللوحة الإكلينيكية للتوحد وهي: العجز الاجتماعي واضطراب التواصل وفقدان الاهتمام والأنشطة، ومن جهة أخرى فقد أصبح تعريف العجز الاجتماعي أكثر تحديداً ودقةً حسب معايير تشخيص العجز الاجتماعي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية وكذلك في التصنيف العالمي للأمراض النفسية (1993)، فيجب أن يتوفر سلوكان من السلوكات التالية على الأقل لتشخيص العجز الاجتماعي:

- عجز واضح في السلوك غير اللفظي الضروري للتفاعل الاجتماعي.
- غياب العلاقات مع الأقران وفقاً لمستوى النمو الذي يمر به الطفل.
- غياب المشاركة بالتمتع والفرح.
- مشكلات في التبادلية الانفعالية - الاجتماعية (العبد الله، 2001، ص77).

كما يظهر العجز الاجتماعي في التفاعلات لدى أطفال التوحد فيما يلي:

- تحديات في ترجمة الاتصال الشفهي.
- صعوبة في اللعب التظاهري.
- الالتزام الصارم بالقواعد.
- تجنب الاتصال العيني (نظرة العين الشاذة).
- عدم فهم التعابير الوجهية للآخرين.

– قد يقف قريباً جداً من الطلاب الآخرين (الخبير الفقير للفضاء الشخصي).

– مشكلة السيطرة على العواطف والتخوفات.

– صعوبة تفهم منظور شخص آخر أو كم سلوكهم الخاص يؤثر عليه (Danya, 2004, p4).

ويرجع هذا العجز في التفاعل الاجتماعي إلى نقص المهارات المبكرة اللازمة للمشاركة الاجتماعية والتي يفتقد لها أطفال التوحد وهي: الانتباه والإثارة، والمعالجة الحسية (تحديق العينين)، والتمييز والتعبير العاطفيان، والاهتمام الاجتماعي بالآخرين، والتبادلية، والتواصل غير اللفظي، وتوحيد المعلومات ومعالجتها، فإذا قارنا دماغ الطفل الطبيعي بالكومبيوتر نرى أنه يأتي إلى الحياة مجهزاً بالكثير من البرامج المعرفية التي تعمل بشكل تلقائي، مما يمكنه من المشاركة في التفاعلات الاجتماعية، أما دماغ الطفل التوحدي فيأتي من دون أي برامج كصفحة بيضاء وعلينا إدخال كل المعلومات والمعارف اللازمة من خلال الخبرة والممارسات اليومية.

وسنعرض بشكلٍ مختصر بعض هذه المهارات:

التحديق:

يقضي المولود حديثاً والسوي نسبة لا بأس بها من فترة استيقاظه وهو يحدق بنظره نحو الأم أو من يقدم له الرعاية، أما الطفل التوحدي فيفشل في مثل هذا السلوك، من جهة أخرى فان التعبيرات الوجهية والتواصل بالنظر تمثل بالنسبة للطفل السوي حواراً أولياً بينه وبين الأم، ويعتبر هذا أساس التواصل غير اللفظي الذي يركز على المشاركة العاطفية والوجدانية، في حين نجد أن الأطفال التوحديين لا يبدون اهتماماً بالأوجه البشرية ويفتقدون تفضيل أصوات اللغة والحديث أو الاهتمام بها، وهذه الأعراض تعتبر السبب في فشلهم في تكوين التواصل اللاحق. كما اعتبر التحديق أو المواجهة بالنظر Eye gaze أو ما يدعى بالعين الشاذة من أبرز أشكال السلوك غير السوي التي لاحظها الأهل على أطفالهم التوحديين، ففي إحدى الدراسات تبين أن (90%) من الأطفال يتجنبون المواجهة بالنظر حيث تختلف هذه المواجهة باختلاف مستوى النمو وباعتباره دالة على مستوى النمو فالأطفال الأكثر تقدماً في النمو يظهرون المزيد من التحديق والمواجهة بالنظر بشكل متكرر.

الانتباه:

يفشل الطفل التوحدي في إظهار ما يسمى الانتباه بالمشاركة والذي يعزى إلى مهارات التواصل الاجتماعي قبل اللفظي والذي يتيح للطفل أن يشارك الشخص الآخر خبرة ومعايشة موضوع أو حدث ثالث ويسمى

التبادل الثلاثي، حيث نلاحظ أن الطفل يبدي بعض الابتسامة والاتجاه نحو اللعبة وهذا السلوك يظهر عادة بين الشهرين الثامن والثاني عشر من عمر الطفل السوي، فيفشل الطفل التوحدي في الانتباه إلى نقاط معينة أو أي شيءٍ مثير للاهتمام (العبد الله، 2001، ص83–84).

المعالجة الحسية:

إن الطفل السوي يستكشف العالم من خلال قدرته على توحيد المعلومات عندما تتلقاها الحواس المختلفة كما يبدي قدرة كبيرة على تحديد عدم التجانس في المعلومات الموجهة إلى أكثر من حاسة واحدة وقدرة فائقة على معالجة وتوحيد المعلومات الآتية من البيئة، في حين يفتقر الطفل التوحدي لمثل هذه القدرات والإمكانات.

التمييز والتعبير العاطفيان:

إن الاتجاهات الكثيرة التي تناولت الفهم العاطفي للطفل تؤكد على أن معظم الأطفال الأسوياء في الشهر السادس أو السابع يستطيعون التمييز بين أشكال العواطف الأساسية التي يمثلها الوجه أو الصوت كالفرح والخوف والدهشة والغضب والحزن، في حين نجد أن الطفل التوحدي غير قادر على التمييز بين هذه التعبيرات المختلفة.

الاهتمام الاجتماعي بالآخرين:

إن الطفل التوحدي لا يهتمّ بالتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين ولا يعتبرها مصدر متعة له، وإنما يقوم بها لحاجةٍ ما أو شيءٍ يريد أن يقوم به الشخص الآخر.

التبادلية:

لا يعرف الطفل التوحدي متى يأخذ دوره في التفاعل فيقوم بأداء دوره دون أن ينتظر رداً واضحاً من الشخص الآخر، كما أنه لا يدرك أن هناك بدايات ووسطاً ونهاية لكل تفاعل اجتماعي.

التواصل غير اللفظي:

ويُقصَد به التعبير عن الرغبات والمشاعر من خلال طرق لا تشمل استخدام الكلام، كالابتسامة للدلالة على الفرح والبكاء للحزن، ويزيغ بصره للدلالة على رغبته في إنهاء تفاعل اجتماعي، كل هذه الأشكال من التواصل غير اللفظي لا يملكها الطفل التوحدي.

توحيد المعلومات ومعالجتها:

يستخدم الطفل السوي خلال عشر ثوانٍ من التفاعل الاجتماعي عدداً كبيراً من المهارات لتفسير سلوكات الآخرين ولتحديد الطريقة التي سيعمل بها تلك المهارات التي يفتقدها الطفل التوحدي والتي تمثل عجزاً كبيراً تحوله دون المشاركة في التفاعلات الاجتماعية المختلفة (الشامي ج، 2004، ص46).

وقد نشأت نظريات متعددة حاولت تفسير ضعف الأداء الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين، ولكن أعيقت هذه المحاولات بما يلي:

- الصعوبات التي تواجه تعريف هذا الاضطراب.
- المدى الواسع لهذا الاضطراب أو العجز.
- النزعة للنظر في المصادر المختلفة للمعلومات عن الاضطراب بمعزلٍ عن بعضها البعض.
- الفشل في النظر إلى العمليات في ضوء النمو الطبيعي والحقيقي.

لقد ظهرت في السنوات الأخيرة الكثير من النظريات والأبحاث التي فسرت هذا الاضطراب ومنها:

نظرية العقل: التي تعرّف التوحد على أنه فشل في تلقي الحالات العقلية وفهمها، وهذه النظرية تدعى بالاتجاه أو النموذج العقلي، حيث تفترض أن الأطفال في سن الرابعة يملكون قدرة عقلية تمكنهم من معرفة الاعتقاد الخاطئ (أي أن لدى الإنسان قدرة على فهم الحالات العقلية للآخرين، وبالتالي التنبؤ بسلوكاتهم)، في حين تبين لدى تطبيق هذه الفرضية على الأطفال التوحديين أن (80%) منهم قد فشلوا في هذه المهمة (المعتقدات الخاطئة)، حيث اعتبر بعض العلماء أن العجز الأساسي لدى هؤلاء الأطفال إنما يعزى إلى حاجتهم إلى نظرية العقل كما هو الحال عند المصابين بما يسمى عمى العقل والذي يظهر عند الأطفال الذين لا يستطيعون الرؤية، فالمصابون بالتوحد غير قادرين على التعرّف على الحالات العقلية لأنهم غير قادرين على فهم المعتقدات. إن **نظرية العقل** هذه تفترض أن الاضطراب الأساسي عند المصابين بالتوحد هو عجزهم عن تكوين التمثلات العقلية وفهم المعتقدات الصادرة عن الآخرين، وبذلك فإن أداءهم العقلي أو المعرفي لا يتضمن التمثلات العقلية، وهناك نظرية أخرى مرتبطة بالنظرية العقلية السابقة والتي يجادل أصحابها بأن اضطراب التوحد هو في جوهره عجز اجتماعي أولي وأن العجز في العمليات المعرفية الاجتماعية أو الفشل في المعرفيات الاجتماعية هو الإعاقة الأساسية التي يعاني منها المصاب وهي سبب ضعف المهارات الاجتماعية عنده.

كما تبين أن ضعف الدافعية لانجاز مثل هذه المهمات العقلية موجود منذ الولادة عند هؤلاء الأطفال، فالفشل الأولي للطفل سوف يستمر وسيقوده إلى العجز في مجالات النمو الأخرى وخاصةً النمو الاجتماعي واللغة والعمليات المعرفية أو العقلية (العبد الله، 2001، ص87–88).

خامساً – مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الطفل التوحدي وطرق تحسينها:

تعتبر المهارات الاجتماعية مهارات مهمة للمجتمع بشكل عام، فهي مهمة للتكيف النفسي والاجتماعي والانفعالي، كما أن تطوير المهارات الاجتماعية المناسبة مهمة على وجه الخصوص مع أطفال التوحد، حيث تعدّ تلك العيوب في المهارات الاجتماعية والتفاعلات مع الرفاق واحدة من الخصائص المميزة للأطفال التوحديين وأكدت البحوث على أن المهارات الاجتماعية من أكثر المتغيرات أهميةً في تحديد تكيف الأطفال التوحدين عبر الحياة (Matson, 1994, p34)، ومن المهارات اللازمة للتفاعل الاجتماعي:

5–1– التواصل الاجتماعي:

هو سلوك مقصود بنية التفاعل الاجتماعي مع شخص أو أكثر من أجل تبادل المعلومات والانفعالات ولإحداث تغيير في البيئة المحيطة، فالتواصل شرط أساسي للتفاعل الاجتماعي ومعظم مهارات التواصل التي يتم تعليمها للطفل تنعكس بشكل ايجابي على تفاعله الاجتماعي مع الآخرين، وعلى سلوكه وتعلمه أيضاً (Gonzalez, 1997, p21).

ويتطور التواصل الاجتماعي بشكلٍ طبيعي عند الأطفال، وتكمن أهم فترة للتواصل الاجتماعي في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي الفترة التي ينمو خلالها الدماغ وينضج حيث تتطور المهارات الكلامية لدى الطفل تبعاً لما يراه ويسمعه من الآخرين، وهذا في الواقع يشكل الرغبة في التواصل والتفاعل مع العالم الخارجي لدى الطفل، كما تحدث الدلائل الأولى للتواصل عند الطفل منذ الأيام الأولى من حياته خصوصاً عندما يتعلم أن البكاء يجلب له الغذاء والراحة والرفقة، ويبدأ حديثو الولادة بتمييز الأصوات المهمة مثل صوت الأم وهم بذلك يبدؤون ببناء الوحدات الكلامية أو المقاطع الصوتية التي ستتألف منها كلماتهم في المستقبل.

وتعتبر عملية التواصل واكتساب مهارات التواصل اللفظي ومهارات التواصل غير اللفظي مظهراً من مظاهر النمو الطبيعي ووسيلة مهمة لتمكين الفرد من التعبير عن احتياجاته ورغباته وأفكاره التي يحاول نقلها إلى الآخرين، وهي عملية مهمة جداً لتكيف الفرد داخلياً وخارجياً مع البيئة المحيطة به ومع الأفراد الآخرين في المجتمع، وتعرّف عملية التواصل على أنها العملية التي يستخدمها الفرد لنقل المعلومات والأفكار

والاحتياجات والمشاعر، بحيث تشمل هذه العملية ثلاثة عناصر وهي: الفرد المرسل الذي يقوم بإرسال الرسالة والفرد المستقبل الذي يقوم باستلام الرسالة وأخيراً الرسالة نفسها. ويرى كثير من الباحثين أن عملية التواصل تأخذ أحد الشكلين التاليين أو كليهما:

5-1-1- التواصل اللفظي:

ويقصد بها إجراء عملية التواصل من خلال عملية النطق التي تتم باستخدام الأجهزة الحسية والحركية لإصدار الأصوات لتكوين كلمات تشكل فيما بينها جملاً كاملة.

5-1-2- التواصل غير اللفظي:

ويقصد بها استخدام الوسائل المتاحة غير الكلام لإجراء عملية التواصل، ويمكن أن يشمل لغة الإشارة وتعابير الوجه والإيماءات والرسومات ولوحات التواصل.

إن الأطفال التوحديون يواجهون صعوبةً في تطوير مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، وتظهر هذه الصعوبة في عدم القدرة على التقليد اللفظي والنمذجة والاسترجاع وعدم القدرة على تطوير واكتساب المهارات اللغوية الإدراكية (المهارات اللغوية التعبيرية)، كما تكمن مشكلة التواصل عند الأطفال التوحديين بعدم قدرتهم على استيعاب أو إدراك المعلومات لأن المثيرات البيئية المحيطة بهم تبدو غير مفهومة وكونهم لا يستطيعون إدراك هذه المثيرات أو أن يوظفوها بالشكل الصحيح في المواقف الاجتماعية المختلفة، حيث يقوم هؤلاء الأطفال بترديد جمل أو كلمات أو مقاطع من كلمات دون فهم أو معرفة لوقت استخدامها وهو ما يسمى بالمصاداة أو استرجاع كلمات سمعوها سابقاً واستخدامها في غير وقتها المناسب، كما يواجه الأطفال التوحديون صعوبةً في بناء حديث مع الآخرين وتنمية التفاعل الاجتماعي كونهم لا يستطيعون التحاور مع الآخرين وفهم أفكارهم أو إدراك معنى النكت أو الأحجيات، ومن الخصائص التواصلية للأطفال التوحديين هي عدم القدرة على اكتساب وفهم الإشارات وتعابير الوجه التي يستخدمها الآخرون (Sigman, 1997, p67).

إن هذه المشكلات في التواصل عند الأطفال التوحديين تتبع وفقاً للتطور العقلي والاجتماعي للأفراد، ففي حين نجد أن بعضهم غير قادر على التحدث واستخدام الإيماءات والإشارات، نجد الآخرين قادرين على التحدث في العديد من الموضوعات التي تحوز على اهتمامهم مستخدمين الإيماءات والتعبيرات الوجهية المناسبة للكلام، وعدا عن هذا الاختلاف في القدرات الكلامية فإن معظم الأطفال التوحديين لا يعانون بشكل ما أو بشكل قليل من مشاكل اللفظ، إلا أن لدى معظمهم صعوبة في استخدام اللغة بشكل فعال ولدى البعض

الآخر منهم مشاكل في فهم معاني الجمل والكلمات والإيقاع اللغوي، والبعض الأخر في متى وكيف يتم استخدام تلك الإشارة أو ذلك التعبير، كما يؤثر عدم القدرة على التواصل على السلوك والتعليم والتفاعل الاجتماعي حيث يعاني معظم الأطفال التوحديين من عدم القدرة على استخدام مهارات التواصل اللفظية وأشارت إحدى الدراسات إلى أن (50%) من هؤلاء الأطفال لا يطورون مهارات التواصل بالشكل المطلوب مقارنةً بالأطفال العاديين، وفي دراسة أخرى أشار الباحثان ماوك وباتشو إلى أن (40%) من الأطفال التوحديين لا يمتلكون القدرة على الكلام نهائياً، وذكر ريبون في دراسة أخرى أن (9%) من الأطفال التوحديين لا يتمكنون نهائياً من الكلام وأن (43%) يتكلمون خلال السنة الأولى من عمرهم و(35%) يتكلمون بين السنة الأولى والثانية من عمرهم و(12%) من الأطفال التوحديين يتكلمون في السنة الثالثة وأكثر من عمرهم (Matson, 1994, p132).

وهكذا نجد أنه ليس هناك طريقة علاج واحدة ناجحة في تحسين مهارة التواصل لدى كافة الأفراد التوحديين، ولكن يجب أن تبدأ المعالجة الجيدة في مرحلة مبكرة خلال سنوات ما قبل المدرسة بحيث تستهدف السلوك والاتصال معاً وتشتمل على الآباء أو مقدمي الرعاية، حيث يكون هدف العلاج السلوكي في هذا المقام هو تحسين القدرة على التواصل وبالنسبة للبعض فإن الاتصال اللفظي هو هدف واقعي، بينما بالنسبة للآخرين فقد يكون الهدف هو التواصل بالإشارة، ولدى آخرين يتمثل الهدف في التواصل عبر الصور كما يحدث عند استخدام نظام التواصل بتبادل الصور. ويجب أن تتضمن المعالجة فترات دورية من التقييم المكثف ومعالجة اضطرابات اللغة، وقد يعمل المعالج النفسي كذلك على تقليل السلوكات غير المرغوبة عند الأطفال والتي قد تؤثر على تطور مهارات التواصل الاجتماعي لديه.

2-5- الاهتمام الاجتماعي:

وهو أن تشترك مع طفل آخر في ملاحظة شيءٍ ما أو حدثٍ ما عن طريق العين أو الإشارة أو المشاركة في نشاط معين مع شخص آخر، وهي عملية ضرورية لتطوير التواصل والإدراك والتفاعل الاجتماعي.
وتتطلب تنمية هذه المهارة الانتباه للمثيرات التي تحدث في العالم الخارجي وتصرفات وحركات الآخرين بالإضافة إلى تصرفات وحركات الطفل نفسه، ففي البداية يتعلم الطفل الاستجابة للاهتمام المشترك ومن ثم يتم تعليمه على المبادرة بالاهتمام الخاص به، وهناك العديد من الاستراتيجيات التي تشير إلى كيفية التدريب على مهارة الاهتمام الاجتماعي، نذكر منها:

- تدريب الطفل على التنقل بالبصر بين الأشخاص وبين الأدوات أو الأشياء المحيطة.

– تدريب الطفل على النظر إلى ما ينظر إليه المشرف.

– تدريب الطفل على النظر إلى ما يشير إليه المشرف.

– تدريب الطفل على تبادل الأدوات والوسائل مع المشرف.

– تدريب الطفل على اللعب المشترك مع الأطفال الآخرين المحيطين به (Purcell, 2006, p134).

وهناك مجموعة من النقاط الهامة التي يجب مراعاتها لتطوير الاهتمام المشترك لدى الطفل التوحدي منها:

– كن طفلاً بمستوى يتناسب مع قدرات الطفل وليس معلماً.

– دعِ الطفل يقود المهمة (لا تطالبه بالانضمام إليك، انضم أنت إلى عالمه)، فالاهتمام يكون أقوى عندما تفعل ما يحب الطفل أن يفعله.

– حاول تحسين التواصل البصري مع الطفل من خلال استخدام المثيرات السمعية والبصرية، ويتم ذلك عن طريق:

- استخدام الصور مع الطفل.
- التحدث المستمر مع الطفل وشرح ما سيتم عمله مترافقاً بالصور.
- التحدث بشكل مباشر مع الطفل.

– التنويع في أساليب التعلم بدلاً من التكرار اللفظي للمعلومة (اللون الأحمر عن طريق الكمبيوتر والألعاب والبطاقات وتنويع الوسائل التي يمكن مشاهدتها، الإحساس بها كالمعجون واستخدام الألوان).

– أعطِ وقتاً للطفل ولا تبالغ في رفع صوتك أو اجعله بطيئاً وواضحاً بشكل غير مألوف.

– لا تغضب من الطفل مهما بدر منه.

– تقوية مهارة الانتباه لدى الطفل التوحدي باستخدام الآلات الموسيقية والغناء/المثيرات السمعية.

– تحسين القدرة على التفاعل الاجتماعي (تبادل الأدوار) وتدريبه على انتظار دوره أثناء اللعب.

– الاهتمام بالألعاب التي تتطلب مشاركة ثنائية (دحرجة الكرة من وإلى الطفل، تخبئة الوجه باليدين).

– تدريب الطفل على الإشارة إلى شيءٍ معين بمساعدة جسدية ثم تدريبه على النظر إلى الشيء أثناء الإشارة إليه (وذلك من خلال وضع شيء محبب لدى الطفل على مسافة بعيدة) (Watts, 2002, p89).

3-5- الإقبال الاجتماعي:

هناك نقص في الإقبال والتواجد الاجتماعي لدى طفل التوحد، فلا يقلد حركات الآخرين ولا يحاول أن يبدأ في عمل ألعاب خيالية أو مبتكرة حيث يفتقد القدرة على اللعب التلقائي أو الابتكاري وتقديم المساعدة للآخرين دون أن يطلب، كما أنه لا يبادر بأي شكلٍ من أشكال التعاون ما لم يُطلب منه ذلك وهذا يشكل عائقاً كبيراً يحول بينه وبين أقرانه، ويمكن تحسين قدرة الطفل على الإقبال الاجتماعي من اللعب حيث يُكسب أطفال التوحد قيمة بارزة في نموهم الاجتماعي بل يمنحهم بالإضافة إلى ذلك الثقة بالنفس ويمُدهم بعمليات التواصل الاجتماعي مع الآخرين سواء كان ذلك في محيط الأسرة أو المدرسة أو الملعب، فذلك المحيط هو الذي يكتسب الطفل المُصاب بمرض التوحد من خلاله الاستقلال الذاتي.

وتُشكل مجموعة الألعاب والأنشطة الرياضية الحركية والجسمية جميعها فائدة كبيرة في إزالة ظاهرة الانطواء والتجنب التي تميزه عن الأطفال العاديين وتزيد من إقباله الاجتماعي، فإذا حرصنا على ذلك من خلال ما وقّرناه من ألعاب هادفة مقرونة بالتعزيز المناسب فنكون قد حققنا له نوعاً من التفاعل والتوافق الاجتماعي مع أسرته ومع أقرانه المحيطين به (Kamps, 1997, p158)، فعندما يتفاعل الشخص الطبيعي مع الآخرين تكون لديه سلسلة سلوك متعاقبة وواضحة، أي أنه ينظر إلى الآخرين ويقترب منهم ويلقي عليهم التحية ويتحدث معهم ويلاحظ العلامات التي تدله على ميقات انتهاء هذا التفاعل، والطفل التوحدي يبدو لديه عدم الكفاءة في مهارات التفاعل الاجتماعي وقد تكون بسبب ضعفٍ ما في مرحلة معينة في سلسلة التفاعل المتعاقبة، فقد لا يستوعب المرحلة الأولى وهي الارتباط بالنظرة المحدقة المتبادلة أو الاقتراب من الآخرين، وبعض الأطفال قد يقتربون ولكن فقط باتجاه ما يريدونه (كالطعام مثلاً) وليس بغرض المشاركة الاجتماعية (النجار، 2006، ص158).

إن العديد من الأفراد التوحديين لديهم صعوبات في مهارات التفاعل الاجتماعي وهي أكثر فئة تعاني من الرفض الاجتماعي، وهذا يؤدي إلى مشكلات سلوكية خطيرة ولمزيد من الانسحاب الاجتماعي والعزلة، وبالتحديد لمنع حدوث هذه المشكلات الناتجة عن افتقار أطفال التوحد لمهارات التفاعل الاجتماعي لا بدّ من إتباع الأساليب التالية لتحسين التوظيف الاجتماعي:

1- البدء منذ النشأة الأولى (التدخل المبكر):

إن التدخل المبكر هو نظام خدمات تربوي وعلاجي ووقائي يقدَّم للأطفال الصغار منذ الولادة وحتى الست سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية، ويعتبر التدخل المبكر من أهم أنظمة دعم الأسر ويرتبط ارتباطاً وثيقاً باكتشاف الإعاقة بعد حدوثها ويعتمد على الكشف النمائي والاختبارات البيئية والصحة الوراثية وعوامل تتعلق بالأم الحامل والجنين وبفترة الحمل وفترة الولادة وما بعدها (أبو سيف، 2006، ص84)، وبلا شكّ فالكمون الأكثر أهميةً في أي برنامج للتدخل الاجتماعي هو الحاجة لتوفير خطوط رئيسية واضحة وسهلة ومحددة عما هو مقبول أو غير مقبول من سلوكات منذ المراحل الأولى من الحياة، فأكثر الأطفال ليس لديهم مثل هذه الخطوط العريضة حيث ولدوا على الفطرة ولكن لديهم القابلية لتعلم القوانين الاجتماعية لتكيف سلوكاتهم بطريقة ملائمة، وبالنسبة للأطفال ذوي التوحد توجد لديهم اضطرابات في القدرة على اكتساب مثل هذه القوانين الداخلية وبالتالي تنخفض لديهم القدرة على تغيير سلوكهم حسب الموقف، فأشكال السلوك التي يتم دعمها في فترة عمرية معينة يمكن أن تستمر معهم مدى الحياة بغض النظر عما إذا كانت هذه السلوكات غير مقبولة اجتماعياً، فالأفراد ذوي التوحد لديهم مقدرة قليلة على معرفة متى وأين ولماذا سلوك ما كان يتم تقبله من الآخرين قد أصبح فجأةً غير مقبول اجتماعياً؟.

2- تعلم قواعد السلوك الاجتماعي:

اتجهت العديد من الدراسات إلى التقليل من المشكلات الاجتماعية وتشجيع الطفل على الانشغال بسلوكات اجتماعية وتعليمه سلوكات جديدة ليست من ضمن مخزونه السلوكي فقط، فهو يحتاج إلى توجيه خاص عن متى أو كم مرة أو كيف يقوم بالمهام الضرورية للتقبل الاجتماعي (كامل، 1998، ص87-88). وفيما يلي بعض المتغيرات التي أظهرت فاعلية عالية في تحسين التفاعلات الاجتماعية:

- **السياقات الطبيعية:**

إن أي تدخل يقود إلى انجاز السلوك يكون من الأفضل تحقيقه في بيئة طبيعية، يتلقى الفرد الدعم والتدخل العلاجي في البيئة التي تشتمل على مثيرات تمييزية طبيعية ومعززات وظيفية كثيرة، فتكون لدى الأطفال قابلية أعلى لتعلم قواعد السلوك الاجتماعي من خلال أصدقائهم في الظروف الطبيعية وضمن الإطار البيئي المحيط بهم.

- **الدمج الاجتماعي:**

أي التعلم في بيئة مدمجة يزيد من نجاح الطفل في تحقيق تفاعلات اجتماعية مناسبة وتسمح له أن يصل إلى فرص اجتماعية وأن يتعرف على قواعد الجماعة التي ينضم إليها.

- **الضبط الذاتي:**

في الضبط الذاتي ينظر إلى الطفل على أنه مشارك فاعل في البرنامج العلاجي، ويهدف إلى زيادة قدرة الطفل على القيام بسلوكات مناسبة من خلال مراقبته لذاته والحصول على مكافأة بسبب النجاح الاجتماعي (Frea, 1995, p69).

3- الاستجابة لتلميحات الآخرين:

من المهم جداً في الاتصال الاجتماعي أن يكون لدى الفرد فهم كامل عن متى يكون التحدث مع شخص ما ملائم أو غير ملائم أو ما إذا كان موضوع معين يجب إثارته أو عدمه، والأفراد التوحديون لديهم بالطبع اضطراب شديد في هذا الفهم ويحتاجون للعديد من التدريبات للاستجابة للتلميحات المختلفة كالاستجابة لتصحيح من الوالدين أو الأخ أو القريب، ومع الوقت فإن هذه السلوكات المكتسبة يمكن أن يتم تعميمها لتطبق في مواقف أخرى أكثر شموليةً واتساعاً (كامل، 1998، ص90).

4- التعلم ليقول (لا):

تعد مساعدة الأفراد ذوي التوحد ليقولوا (لا) بطريقة مهذبة عندما يشعرون أن طلباً ما يودي بهم إلى المشاكل هي مطلب أساسي، حيث أوضحت دراسة لأفرادٍ أكبر سناً من ذوي التوحد أن غالبيتهم يواجهون كثيراً من المشكلات في محاولتهم ليكونوا حازمين، وتجدر الإشارة إلى أن التدخل المبكر منذ الطفولة قد يؤدي إلى تقليل الصعوبات اللاحقة كتوفير التوجيه الواضح عما هو خاطئ وما هو صحيح وحتى يقول للآخرين يساعدهم على فهم أن الأشياء النافعة لا تكون صداقات وأن قول (لا) يؤدي بالضرورة أن يكونوا أعداء (مرجع سابق، 1998، ص94).

5- التدريب على المهارات الاجتماعية:

أخذت البرامج الحديثة في التدريب على المهارات الاجتماعية بالاهتمام بالضبط الداخلي وضبط الذات والتأكيد على دور الآباء وأعضاء الأسرة والأصدقاء، ويصنف مجلس البحث الوطني الأمريكي (National Research Council, 2001) الأساليب العلاجية المتنوعة ضمن ثلاث مجموعات رئيسة:

- **المنهج المركز على الكبار**، ويركز على تعليم عناصر محددة للتفاعل الاجتماعي مثل التواصل البصري والاستجابة للإيماءات ومهارات اللعب بالألعاب والكلام الاجتماعي.

- **المناهج المركزة على الطفل**، والذي يتبع في الكبار توجيهات الطفل ويشتمل على إثارة ومواصلة التفاعل.

– **الاستراتيجيات المركزة على الرفاق،** ويعتمد على تلقين الرفاق والكبار العاديين أشكال المشاركة الاجتماعية.

لقد أظهرت هذه الاستراتيجيات فعالية كبيرة في تدريس بعض مظاهر التفاعل الاجتماعي، ولكي تكون فعالة لا بدّ أن تعتمد على إحدى أشكال المناهج العلاجية التالية:

- **نظرية الارتباط الانفعالي Attachment Theory:**

تأثرت مبادئ هذه النظرية بمبادئ التحليل النفسي، ويقوم هذا المنهج العلاجي على توفير بيئة علاجية انفعالية واجتماعية لدى الأطفال التوحديين من خلال إقامة علاقات انفعالية واجتماعية في الرضاعة والطفولة المبكرة، ويستند هذا الاتجاه إلى مبدأين:

– استجابة وحساسية الآباء نحو الطفل تساعد في تنشئة علاقات انفعالية.

– الربط بين العلاقات الانفعالية المبكرة مع الآباء والعلاقات مع الرفاق لاحقاً.

- **النظرية السلوكية Behavioral Theory:**

تستخدم النظرية السلوكية مبادئ التعلم الإجرائية لعلاج أعراض اضطراب التوحد، حيث تعالج كل عرض بشكلٍ مستقل، كما أثبتت نجاحات في تدريس السلوكات الاجتماعية وتأسيس مواقع اجتماعية.

- **نظرية الإثارة الزائدة Over arousal Theory:**

تشير فرضياً إلى أن الأطفال التوحديين لديهم نقص بالإثارة لمستويات المشاركة الاجتماعية ويؤدي سلوك الانسحاب الاجتماعي إلى قلة فرص السلوكات المناسبة من الآخرين، وتظهر تطبيقات هذه النظرية في العلاج في أساليب الاندماج الحسي المستخدمة في علاج التوحد (Lord, 2001, p165).

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

أولاً– الدراسات التي تناولت البرامج المقدمة للأطفال التوحديين لتحسين التفاعل الاجتماعي

- الدراسات العربية
- الدراسات الأجنبية

ثانياً – التعليق على الدراسات السابقة

تمّ في هذا الفصل إلقاء الضوء على مجموعة من الدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة بموضوع الدراسة والتي تناولت التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين والبرامج التي تهدف إلى تنميته لديهم، وعرض هذه الدراسات وفقاً لتسلسلها الزمني من الأحدث إلى الأقدم ومصنفةً إلى دراسات عربية وأخرى أجنبية وفقاً لمحورين رئيسين على النحو التالي:

أولاً – الدراسات التي تناولت البرامج المقدمة للأطفال التوحديين لتحسين التفاعل الاجتماعي

❖ **الدراسات العربية:**

- **دراسة عويجان (2012)، سوريا:**

– **عنوان الدراسة:**

فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين

– **هدف الدراسة:**

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد في محافظة مدينة دمشق.

– **عينة الدراسة:**

وقد تكونت عينة الدراسة من (20) طفلا مصابًا بالتوحد، (16) من الذكور و(4) من الإناث تم توزيعهم على مجموعتين، مجموعة تجريبية تضمنت (10) أطفال (8 من الذكور و2 من الإناث) ومجموعة ضابطة تضمنت أيضاً (10) أطفال (8 من الذكور و2 من الإناث)، تراوحت أعمارهم بين (3–6) سنوات.

– **أدوات الدراسة:**

قامت الباحثة بإعداد قائمة لتقدير مهارات التواصل غير اللفظي التي تمثلت في (الانتباه، التقليد، التواصل البصري، استخدام الإشارة، فهم بعض الإيماءات الجسدية وتعبيرات الوجه ونبرات الصوت الدالة عليها)، كما قامت الباحثة ببناء برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد، وقد استغرق تطبيق البرنامج التدريبي مدة (5) أشهر بواقع (32) جلسة تدريبية مدة كل منها(30).

– **نتائج الدراسة:**

حيث أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج التدريبي المعد في الدراسة الحالية في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد، كما أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية هذا البرنامج في تنمية مهارات التواصل غير

اللفظي بعد مرور شهرين على تطبيقه من خلال القياس البعدي المؤجل باستثناء مهارتي الانتباه والتواصل البصري.

- **دراسة دلشاد علي (2012)، سوريا:**

- عنوان الدراسة:

فاعلية برنامج تدريبي لتطوير مهارات التواصل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين.

- هدف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي لتطوير مهارات التواصل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين.

- عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من (12) طفلاً وطفلة تم تشخيصهم باضطراب التوحد الكلاسيكي، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، حيث تألفت كل مجموعة من (6) أطفال.

- أدوات الدراسة:

وتم فيها استخدام الأدوات التالية: مقياس تقدير السلوك التوحدي(CARS) ، مقياس تقدير مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال التوحديين (إعداد الباحث)، البرنامج التدريبي (إعداد الباحث)، مقياس السلوك التكيفي.

- نتائج الدراسة:

1- وجود فروق دالة احصائياً في متوسط درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي على مقياس تقدير مهارات التواصل الاجتماعي بكل أبعاده وذلك لصالح التطبيق البعدي.
2- عدم وجود فروق دالة احصائياً في متوسط درجات المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي على مقياس تقدير مهارات التواصل الاجتماعي بكل أبعاده.
3- عدم وجود فروق دالة احصائياً في متوسط درجات المجموعة التجريبية بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج التدريبي (القياسين البعدي والتتبعي) على مقياس تقدير مهارات التواصل الاجتماعي بكل أبعاده.

- **دراسة غالية المارديني (2012)، سوريا:**

– **عنوان الدراسة:**

فاعلية برنامج تدريبي قائم على التمارين الرياضية لتحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المشخصين بمتلازمة أسبرجر.

– **هدف الدراسة:**

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج تدريبي قائم على التمارين الرياضية لتحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المشخصين بمتلازمة أسبرجر.

– **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (7) أطفال ذكور تراوحت أعمارهم بين (7–12) سنة.

– **أدوات الدراسة:**

وتم فيها استخدام الأدوات التالية: مقياس تشخيص متلازمة أسبرجر، مقياس التفاعل الاجتماعي عند أطفال أسبرجر (اعداد الباحثة)، البرنامج التدريبي الرياضي (اعداد الباحثة).

– **نتائج الدراسة:**

1– وجود فروق دالة احصائياً في مستوى التفاعل الاجتماعي على مقياس التفاعل الاجتماعي ككل لدى أفراد العينة لصالح الاختبار البعدي.

2– عدم وجود فروق دالة احصائياً في مستوى التفاعل الاجتماعي على مقياس التفاعل الاجتماعي ككل لدى أفراد العينة بين الاختبار البعدي والاختبار التتبعي.

- **دراسة الخيران (2011)، سوريا:**

– **عنوان الدراسة:**

فاعلية برنامج تدريبي لتنمية التواصل اللفظي وأثره في التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين.

– **هدف الدراسة:**

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج تدريبي لتنمية التواصل اللفظي لدى عينة من الأطفال المصابين بالتوحد، ومعرفة أثر هذا البرنامج على تفاعلهم الاجتماعي.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (12) طفلاً وطفلة مصابين بالتوحد، تراوحت أعمارهم بين (4–6) سنوات، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، حيث تألفت كل مجموعة من (6) أطفال.

- **أدوات الدراسة:**

وتم فيها استخدام الأدوات التالية: معايير الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV)، قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC)، مقياس تقدير التواصل اللفظي (إعداد الباحث)، مقياس تقدير التفاعل الاجتماعي (إعداد الباحث)، البرنامج التدريبي (إعداد الباحث).

- **نتائج الدراسة:**

وقد أظهرت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية التواصل اللفظي لدى الأطفال المصابين بالتوحد، كما انعكست آثار البرنامج بشكل إيجابي على التفاعل الاجتماعي للأطفال عينة الدراسة في المجموعة التجريبية.

- **دراسة سها علي حسين (2008)، العراق:**

- **عنوان الدراسة:**

أثر برنامج حركي – مائي – ادراكي مقترح لتنمية التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد.

- **هدف الدراسة:**

هدفت هذه الدراسة إلى اعداد برنامج لتنمية التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (10) أطفال مصابين بالتوحد البسيط بعمر (5–10) سنوات، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ، حيث تألفت كل مجموعة من (5) أطفال.

- **أدوات الدراسة:**

وتم فيها استخدام الأدوات التالية: مقياس السلوك التكيفي والنضج الاجتماعي للموقين عقلياً، برنامج تدريبي (اعداد الباحثة).

- **نتائج الدراسة:**

نجح البرنامج في تنمية التفاعل الاجتماعي وذلك من خلال ما ظهر من فروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في الاختبار البعدي التي شملت المقياس الكلي وبعده.

- **دراسة محمد أحمد محمد علي (2008)، مصر:**

- **عنوان الدراسة:**

فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لتحسين بعض مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة من الأطفال ذوي التوحد.

- **هدف الدراسة:**

التحقق من مدى فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تنمية بعض مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين، حيث يعتمد هذا البرنامج على التدخل السلوكي المكثف في تنمية أو تحسين كل من مهارات التواصل غير اللفظي.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (10) أطفال (8 ذكور و2 إناث)، تراوحت أعمارهم بين (8–10) سنوات، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، مع مراعاة التجانس في أفراد العينة من حيث درجة التوحد والسن ودرجة الذكاء والمستوى الاجتماعي والاقتصادي.

- **أدوات الدراسة:**

مقياس تشخيص التوحد (إعداد عادل عبد الله، 2001)، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، مقياس تقدير مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال ذوي التوحد (إعداد الباحث)، البرنامج التدريبي.

- **نتائج الدراسة:**

وجود فروق دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية في كلٍ من أبعاد مهارات التواصل غير اللفظي، والتي تتضمن الإيماءات والإشارات الاجتماعية.

- **دراسة مجدي فتحي غزال (2007)، الأردن:**

- **عنوان الدراسة:**

فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين في مدينة عمان.

- **هدف الدراسة:**

اختبار فعالية برنامج تدريبي لتطوير المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد.

- **عينة الدراسة:**

تألفت من مجموعتين: ضابطة وتجريبية، وتألفت كل منهما من (10) أطفال ذكور تراوحت أعمارهم بين (5–9) سنوات.

- **أدوات الدراسة:**

قائمة تقدير التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين، برنامج تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين.

- **نتائج الدراسة:**

وجود فروق دالة إحصائياً لصالح أفراد المجموعة التجريبية على المقياس البعدي وقياس المتابعة في المهارات الاجتماعية.

- **دراسة مصطفى أبو المجد سليمان مفضل وخالد سعد سيد محمد (2006)، مصر:**

- **عنوان الدراسة:**

فعالية برنامج إرشادي سلوكي في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى أطفال الروضة الذاتويين.

- **هدف الدراسة:**

تهدف الدراسة إلى تقديم برنامج تدريبي يقوم على استخدام العلاج السلوكي المكثف في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي وخفض بعض أعراض الذاتوية من خلال إكساب الأطفال المهارات والأنشطة وبعض السلوكات المرغوبة اجتماعياً.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (4) أطفال توحديين تراوحت أعمارهم بين (4–6) سنوات.

- **أدوات الدراسة:**

مقياس جيليام لتشخيص التوحد، مقياس السلوك التوحدي للأطفال (1992)، البرنامج الإرشادي (إعداد الباحث).

- **نتائج الدراسة:**

أظهرت الدراسة حدوث تحسن في الأداء الاجتماعي والتواصل عند الأطفال الذاتويين، وهذا يعود إلى تطور مهارات الانتباه عند الطفل والتي ركز البرنامج على تنميتها، حيث تم التركيز على تزويد الطفل بإرشادات عن النشاطات المطلوبة وترديد قدر من اللغة المنطوقة عند ممارسة أي نشاط.

- **دراسة رائد موسى علي الشيخ ذيب (2005)، الأردن:**

- **عنوان الدراسة:**

تصميم برنامج تدريبي لتنمية المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته.

- **هدف الدراسة:**

تصميم برنامج تدريبي لتنمية مهارات الأطفال التوحديين التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية وقياس فاعليته، حيث اشتق البرنامج من أشهر البرامج التربوية العالمية للأطفال التوحديين.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (4) ذكور من الأطفال التوحديين، تم اختيارهم من بين مجموعة من الأطفال الذين ظهرت عليهم خصائص التوحد وعددهم (15) طفلاً.

- **أدوات الدراسة:**

استخدمت الدراسة مجموعتين من الأدوات وهي:

1- الأدوات والاختبارات التشخيصية وتتضمن: محكات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية/ الطبعة الرابعة (DSM-IV)، الصورة الأردنية من قائمة السلوك التوحدي (ABC)، الصورة العربية من مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)، القائمة التشخيصية للأطفال ذوي اضطرابات السلوك (E-Z).

2- الأدوات والاختبارات التربوية وتتضمن: الصورة الأردنية من مقياس المهارات العددية للمعوقين عقلياً (الروسان، 1989)، الصورة الأردنية من مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً (الروسان، 1989)، الصورة الأردنية من مقياس مهارات القراءة للمعوقين عقلياً (الروسان، 1989)، مقياس السلوك التكيفي للمعوقين عقلياً (الكيلاني والبطش، 1981)، مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (الروسان، 2000).

- نتائج الدراسة:

تطورت مهارات الأطفال التواصلية والاجتماعية والاستقلالية والذاتية، ومهارات الحساب والقراءة بنسب متفاوتة، كما انخفضت واختفت العديد من السلوكات غير التكيفية وتغير الوصف التشخيصي لحالاتهم إلى الجانب الايجابي في البرنامج.

- **دراسة لينا عمر بن صديق (2005)، كلية دار الحكمة:**

- عنوان الدراسة:

فعالية برنامج مقترح لتنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الطفل التوحدي وأثر ذلك على سلوكه الاجتماعي.

- هدف الدراسة:

اختبار فعالية برنامج مقترح لتطوير مهارات التواصل غير اللفظي وأثره على السلوك الاجتماعي، وتوفير قوائم لتقدير مهارات التواصل غير اللفظي وقوائم لتقدير السلوك الاجتماعي لدى أطفال التوحد.

- عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من (38) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (4–6) سنوات، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، متكافئتين بالعمر والجنس ودرجة التوحد.

- أدوات الدراسة:

قائمة تقدير التواصل غير الفظي لأطفال التوحد في الفئة العمرية بين (4–6) سنوات (إعداد الباحثة)، قائمة تقدير السلوك الاجتماعي لأطفال التوحد في الفئة العمرية بين (4–6) سنوات، البرنامج المقترح.

- **نتائج الدراسة:**

أظهرت الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً في السلوك الاجتماعي المناسب بين المجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس البعدي، في حين وجدت فروق دالة إحصائياً في السلوك الاجتماعي غير المناسب بين المجموعتين التجريبية والضابطة على المقياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

- **دراسة سيد الجارحي (2004)، السعودية:**

- **عنوان الدراسة:**

فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين وخفض سلوكاتهم المضطربة.

- **هدف الدراسة:**

إعداد برنامج تدريبي سلوكي لتنمية بعض مهارات السلوك التكيفي للأطفال التوحديين (المبادأة بإلقاء التحية ...) والوقوف على مدى تأثيره في مساعدتهم على اكتساب بعض مهارات التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين، بالإضافة إلى مهارات رعاية الذات وتحديد مدى تأثير هذا التدخل في التغلب على السلوكات المضطربة لدى هؤلاء الأطفال.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (10) أطفال توحديين (7 ذكور و3 إناث)، تراوحت أعمارهم بين (5–8) سنوات، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة.

- **أدوات الدراسة:**

مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة، مقياس السلوك التكيفي (لصادق)، مقياس تشخيص التوحد، البرنامج التدريبي.

- **نتائج الدراسة:**

ساعد البرنامج في تنمية مهارات السلوك التكيفي لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج عليها، كما ساعدهم على اكتساب العديد من المهارات التي زادت تفاعلهم واندماجهم مع الآخرين.

- **دراسة عزة الغامدي (2003)، الرياض:**

- **عنوان الدراسة:**

العلاج السلوكي لمظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى عينة من أطفال التوحد.

- **هدف الدراسة:**

1- الكشف عن مظاهر العجز في مهارات التواصل اللغوي (الانتباه الاجتماعي، التقليد، التحديق بالعين، استخدام الإيماءات، الاختيار بين عدة مثيرات، وغيرها).

2- الكشف عن مظاهر العجز في مهارات التفاعل الاجتماعي (التفاعل المتبادل، التنظيمات الاجتماعية، المحاكاة الحركية، والوقت).

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (10) أطفال توحديين بمدينة الرياض، تراوحت أعمارهم بين (4,3–9) سنوات، تم توزيعهم على مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة متكافئتين في العمر والذكاء غير اللفظي ودرجة التوحد ودرجة العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي.

- **أدوات الدراسة:**

مقياس تقدير الطفل التوحدي، برنامج علاجي، مقياس مظاهر العجز في التواصل اللغوي وفي التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد.

- **نتائج الدراسة:**

باستخدام بعض فنّيات العلاج السلوكي والتي تمثلت في التعزيز الايجابي والنمذجة وأداء الدور والتشكيل والتلقين، تبين وجود فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أطفال التوحد أفراد المجموعة التجريبية على مقياس مظاهر العجز في التواصل اللغوي وفي التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي. كما تبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس مظاهر العجز لأطفال التوحد قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

- **دراسة أميرة طه بخش (2002)، مصر:**

- **عنوان الدراسة:**

فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لخفض السلوك العدواني لدى أطفال التوحد.

- **هدف الدراسة:**

تقديم برنامج تدريبي لتنمية المهارات التي تساعد على حدوث التفاعلات الاجتماعية بين الأطفال التوحديين وأقرانهم، والتحقق من مدى فاعليته في خفض السلوك العدواني من جانبهم، مما قد يسهل بالتالي من عملية انخراطهم في المجتمع.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (24) طفلاً توحدياً، تراوحت أعمارهم بين (7–14) سنة، ونسب ذكائهم بين (55–68) على مقياس جودار، تم تقسيم العينة إلى مجموعتين متساويتين (ن = 12) تجريبية وضابطة متكافئتين في العمر الزمني ونسب الذكاء والمستوى الاقتصادي والاجتماعي.

- **أدوات الدراسة:**

مقياس جودار للذكاء، مقياس الطفل التوحدي، مقياس السلوك العدواني للأطفال المتخلفين عقلياً من الدرجة البسيطة (إعداد سعيد دبيس، 1997).

- **نتائج الدراسة:**

أظهرت الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم، حيث ساعد في خفض السلوك العدواني لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تم تطبيق البرنامج عليها، كما ساعد في حدوث العديد من التفاعلات الاجتماعية بين الأطفال التوحديين وأقرانهم، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد تطبيقه.

- **دراسة منى خليفة علي (2001)، مصر:**

- **عنوان الدراسة:**

فعالية برنامج تدريبي تأهيلي للطفل التوحدي (دراسة حالة).

- **هدف الدراسة:**

تقديم برنامج تأهيلي علاجي متكامل للمهارات اللغوية والاجتماعية للأطفال التوحديين، والتحقق من مدى فعاليته في دراسة الحالة، وإكساب الطفل مستوى جيداً من التفاعلات مما قد يسهم بشكل مباشر في التخلص من بعض ما يصدر عنه من أنماط سلوكية وبالتالي يزداد تكيفه في المجتمع الذي يشعر فيه بالانعزالية.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من طفل توحدي يبلغ من العمر (6) سنوات.

- **أدوات الدراسة:**

مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة، مقياس السلوك التكيفي (إعداد فاروق صادق، 1985)، مقياس الطفل التوحدي (إعداد الباحثة)، قائمة لتقدير سلوك الطفل، برنامج تدريبي لتنمية مهارات التآزر البصري والمهارات المهنية، اختبار الذكاء، وتشمل الأجزاء غير اللغوية ومنها لوحة سيجان واختبار رسم الطفل والمصفوفات المتتابعة وأجزاء من اختبار وكسلر.

- **نتائج الدراسة:**

أظهرت الدراسة فعالية البرنامج المستخدم، ويرجع ذلك لما تضمنه البرنامج من مهارات عدة تناولت تدريب الطفل على بعض المجالات والتي تتسم بوجود العديد من الصعوبات فيها.

- **دراسة هالة كمال فؤاد الدين (2001)، مصر:**

- **عنوان الدراسة:**

تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد.

- **هدف الدراسة:**

إكساب الأطفال التوحديين بعض مهارات السلوك الاجتماعي مثل مهارات التواصل البصري والتقليد والمبادأة وإتباع التعليمات البسيطة.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (16) طفلاً (8 ذكور و8 إناث) من المملكة العربية السعودية، تراوحت أعمارهم بين (41–84) شهراً، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة.

- **أدوات الدراسة:**

قائمة تقييم السلوك التوحدي (ABC)، استمارة السلوك اللفظي، استمارة تقييم التفاعل الاجتماعي.

- **نتائج الدراسة:**

أوضحت الدراسة انخفاضاً في مستوى الأداء المميز للطفل التوحدي في المجموعة التجريبية على قائمة تقييم السلوك التوحدي، بالإضافة إلى تحسن مستوى التفاعل واللعب البنّاء المستقل وإقامة العلاقات، كما انخفض معدل تكرار الأصوات الفردية المفضلة وارتفاع معدل ظهور الألفاظ الجديدة والمتنوعة وذات المقاطع المتعددة، بينما لم يلاحظ هذا التحسن في المجموعة الضابطة.

- **دراسة أسامة أحمد مدبولي (2001)، مصر:**

- **عنوان الدراسة:**

فاعلية برنامج TEACCH في تنمية التفاعل الاجتماعي عند الأطفال التوحديين.

- **هدف الدراسة:**

التحقق من مدى فاعلية البرنامج في إحداث تحسن للتفاعل الاجتماعي عند الأطفال التوحديين ودمجهم في المجتمع بصورة جيدة، ومساعدة الأسرة في التعامل مع هؤلاء الأطفال بشكل مناسب.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (16) طفلاً توحدياً، تراوحت أعمارهم بين (6–9) سنوات، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة وتضم كلٌ منهما (8) أطفال.

- **أدوات الدراسة:**

مقياس تقدير التفاعلات الاجتماعية عند الطفل التوحدي – الجزء الخاص بالتفاعلات الاجتماعية من برنامج TEACCH.

- **نتائج الدراسة:**

أظهرت الدراسة أن هناك تحسناً لأفراد المجموعة التجريبية في مهارات التفاعل الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج مقارنةً بالمجموعة الضابطة وفقاً لمقياس التفاعلات الاجتماعية، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه بعد مرور شهرين.

- **دراسة عادل عبد الله محمد (2000)، مصر:**

- **عنوان الدراسة:**

فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية على مستوى التفاعلات الاجتماعية لأطفال التوحد.

- **هدف الدراسة:**

تقديم برنامج تدريبي للمهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين، والتحقق من مدى فعاليته في إحداث كم معقول من التفاعلات الاجتماعية بينهم وبين أقرانهم وإكسابهم مستوى جديداً من هذه التفاعلات، مما قد يسهم بشكل مباشر في تعديل بعض ما يصدر عنهم من أنماط سلوكية ويسهل من عملية انخراطهم في المجتمع.

– عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من (10) أطفال توحديين، تراوحت أعمارهم بين (8–12) سنة، ونسب ذكائهم بين (58–68)، وجميعهم من مستوى اقتصادي اجتماعي ثقافي متوسط، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة.

– أدوات الدراسة:

مقياس جودار للذكاء، مقياس الطفل التوحدي، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة، مقياس التفاعلات الاجتماعية خارج المنزل، البرنامج التدريبي المستخدم.

– نتائج الدراسة:

أظهرت الدراسة فاعلية البرنامج المستخدم، حيث ساعد البرنامج في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية قياساً بالمجموعة الضابطة، فلم يحدث لها أي تغيير باستخدام الاختبارين القبلي والبعدي، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه بشهرين.

- **دراسة عادل عبد الله محمد (2000)، مصر:**

– عنوان الدراسة:

فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين.

– هدف الدراسة:

تقديم برنامج يعمل على تنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين، مما قد يؤثر إيجاباً على بعض المظاهر السلوكية لديهم وهو ينعكس على مستوى نضجهم الاجتماعي وذلك من خلال تعديل بعض ما يصدر عنهم من سلوكات، مما يساعدهم على الانخراط مع أفراد المجتمع ويسهل على والديهم التعامل معهم بشكلٍ سليم وتعديل سلوكاتهم قدر الإمكان.

– عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من (20) طفلاً توحدياً، تراوحت أعمارهم بين (6–15) سنة، ونسب ذكائهم بين (57–68)، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين متساويتين بالعدد بطريقة عشوائية إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وتمت مجانسة أفراد المجموعتين في متغيرات العمر الزمني والجنس والمستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي.

- **أدوات الدراسة:**

مقياس جودار للذكاء، مقياس الطفل التوحدي (إعداد الباحث)، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور(إعداد محمد بيومي خليل 2000)، قائمة لتقدير سلوك الطفل (أعدها للعينة العربية السيد السمادوني 1991)، برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين (إعداد الباحث).

- **نتائج الدراسة:**

1- ساعد البرنامج في تخفيف مستوى العدوانية ومستوى ضعف الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط الحركي.

2- ازداد مستوى المهارات الاجتماعية والتفاعلات لدى أفراد المجموعة التجريبية قياساً بالمجموعة الضابطة، حيث لم يحدث أي تغيير وذلك باستخدام الاختبار القبلي والبعدي.

3- كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه.

- **دراسة سهام عبد الغفار عليوه (1999)، مصر:**

- **عنوان الدراسة:**

فاعلية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية لدى الأطفال.

- **هدف الدراسة:**

تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين من خلال إستراتيجية علاجية تعتمد على الطفل ذاته واستراتجية علاجية تعتمد على الأسرة.

- **عينة الدراسة:**

تكونت عينة الدراسة من (3) مجموعات: مجموعة تجريبية أولى مكونة من (4) أطفال ذكور طبِّق عليهم برنامج المهارات الاجتماعية، ومجموعة تجريبية ثانية مكونة من (4) أطفال طبِّق على أسرهم برنامج إرشادي، ومجموعة تجريبية ثالثة مكونة من (4) أطفال طبِّق عليهم برنامج للمهارات الاجتماعية وعلى أسرهم برنامج إرشادي، وتراوحت الأعمار الزمنية للأطفال بين (4,3-14) سنة وذوي نسبة ذكاء بين (58-81).

- **أدوات الدراسة:**

مقياس السلوك التوافقي (صفوت فرج وناهد رمزي، 1990)، مقياس النضج الاجتماعي (فاروق الروسان، 1985)، مقياس تقييم الأوتيزم للطفولة (إعداد سكوبلر وآخرون، 1980، ترجمة وتقنين الباحثة)، برنامج

المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين (إعداد الباحثة)، برنامج إرشادي لأسر الأطفال التوحديين (إعداد الباحثة).

- **نتائج الدراسة:**

أشارت الدراسة إلى وجود تأثير دالٍ لبرنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسري في تخفيف أعراض توحد الطفولة لدى عينة من الأطفال التوحديين، وظهر ذلك في زيادة قدرة التركيز لديهم على بعض المعطيات الموجودة في البيئة والتي كانت تجذب انتباههم قبل ذلك، وأصبحوا قادرين على المبادأة بالحديث مع الآخرين، كما زادت قدرتهم على التقليد وظهرت بوادر تحسن كبيرة في استجابتهم للمثيرات السمعية والبصرية.

❖ **الدراسات الأجنبية:**

- **دراسة بيلي داون وأليسون Baily, Dawn ، Allison (2010):**

- **عنوان الدراسة:**

Analysis of a social story intervention to increase appropriate social interactions in children with Autism

تحليل تدخل قصة اجتماعية لزيادة التفاعلات الاجتماعية المناسبة لدى أطفال التوحد.

- **هدف الدراسة:**

التأكيد على أن القصص الاجتماعية المندمجة مع العلاقات والتعزيز أكثر فاعليةً في تأثيرها على التفاعلات الاجتماعية من القصص الاجتماعية المستقلة (بدون تعزيز).

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (4) مشاركين (3 ذكور وأنثى واحدة)، تراوحت أعمارهم بين (10–21) سنة.

- **أدوات الدراسة:**

القصص الاجتماعية.

- **نتائج الدراسة:**

1- ظهر تزايد على الخط الأساسي في التفاعلات الملائمة لكل المشاركين في القصص الاجتماعية المستخدمة باستثناء قصة اجتماعية واحدة، فبدون علامات وتعزيز لم تؤدِ إلى التفاعل الاجتماعي المتزايد.

2- زوّدت البيانات اتجاهاً للبحث المستقبلي على استعمال القصص الاجتماعية من خلال دمج علامات وجدول التعزيز للسلوك إلى نظام القصة الاجتماعية ليكون ميزاً لها.

- **دراسة ريتشو Reichow (2009):**

- **عنوان الدراسة:**

Brief Report: Increasing Verbal Greeting Initiations for Student with Autism Via Social Story Intervention.

تقرير ملخص: زيادة المبادرة بإلقاء التحية اللفظية لدى طالب مصاب بالتوحد من خلال استخدام تدخل القصة الاجتماعية.

- **هدف الدراسة:**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية التدخل باستخدام القصة الاجتماعية في زيادة المبادرة بإلقاء التحية اللفظية المناسبة.

- **عينة الدراسة:**

وقد تألفت عينة الدراسة من طفل (واحد) ذكر مصاب بالتوحد، ودرجة ذكائه (101) درجة حسب اختبار وكسلر، وعمره (11) سنة و(4) أشهر.

- **أدوات الدراسة:**

تضمنت اختبار وكسلر لذكاء الأطفال – الطبعة الثالثة، (Intelligence Scale for Children – 1991 Third Edition, WISC-III, Wechsler, 1991) وقصة اجتماعية تتضمن إشارات بصرية كالصور وتشرح التحيات اللفظية من النواحي التالية: متى تحيي شخص ما، لماذا يستخدم الناس التحية، الكلمات المناسبة للتحية مع الكبار ومع التلاميذ، كيفية المبادرة بإلقاء التحية، وما هي النتائج المتوقعة للتحية.

– **نتائج الدراسة:**

وفي التوصل إلى نتائج الدراسة تم الاعتماد على تصميم البحث العكسي، والملاحظة المسجلة لمعرفة عدد المبادرات بإلقاء التحية التي قام بها الطفل في الأوضاع المختلفة وقد أظهرت النتائج فاعلية استخدام القصة الاجتماعية في زيادة المبادرة بإلقاء التحية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، حيث أظهرت الدراسة زيادة في تكرار المبادرة بإلقاء التحية أثناء أوضاع التدخل.

- **دراسة جوستن وتاويمان وآخرون Justin، Taubman (2009):**

– **عنوان الدراسة:**

Increasing social skills and pro-social behavior for three children diagnosed with autism through the use of teaching package.

زيادة المهارات الاجتماعية والسلوكيات ما قبل الاجتماعية لثلاثة أطفال مشخصين بالتوحد من خلال استخدام رزمة تعليمية.

– **هدف الدراسة:**

هدفت الدراسة إلى تحسين وزيادة التواصل والتفاعل بين ثلاثة أطفال توحديين وثلاثة أطفال طبيعيين فيما يتعلق في التواصل الاجتماعي، اللعب، مهارات فهم المشاعر للآخرين، مهارات الاختيار.

– **أدوات الدراسة:**

تضمنت رزمة تعليمية تتكون من مجموعة من الأدوات والإجراءات الخاصة بالتفاعل التعليمي.

– **عينة الدراسة:**

تكونت من (٣) أطفال توحديين و(٣) أطفال طبيعيين.

– **نتائج الدراسة:**

توصلت الدراسة إلى:

– فعالية الرزمة التعليمية في زيادة قدرات الأطفال عينة البحث على التواصل واللعب مع الآخرين.

– ساهمت الرزمة التعليمية في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي وظهرت بوادر لإقامة علاقات صداقة بين الأطفال التوحديين والأطفال الطبيعيين.

- **دراسة ديكونزيو وبافنجتون وآخرون DeQuinzio et al, ،Buffington (2008):**

– **عنوان الدراسة:**

The effects of forward chaining and contingent social interaction on the acquisition of complex sharing responses by children with autism.

تأثيرات التسلسل المستمر والتفاعل الاجتماعي للفريق على اكتساب الاستجابة التشاركية المركبة لدى الأطفال التوحديين.

– **هدف الدراسة:**

هدفت الدراسة إلى تعليم الأطفال التوحديين تبادل الاستجابة مع الآخرين.

– **أدوات الدراسة:**

تضمنت كتيب إرشادي للمراحل العلاجية، مقياس للتفاعل الاجتماعي، دمى وألعاب.

– **عينة الدراسة:**

تكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال توحديين.

– **نتائج الدراسة:**

- أظهرت الدراسة وجود تحسن واضح لدى أفراد عينة الدراسة فيما يتعلق بالاستجابات التي تم تدريبهم عليها ومشاركتها مع الآخرين.
- وجود تحسن فيما يتعلق ببعض الاستجابات التي لم يتم تدريب الأطفال عليها .
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لمقياس التفاعل
- الاجتماعي لصالح التطبيق البعدي.

- **دراسة ديكر وآنا Dekker ،Anna (2008):**

– **عنوان الدراسة:**

Comparing wrong/right with right/right exemplars in video modeling to teach social skills to children with Autism

مقارنة نماذج (صحيحة – خاطئة)، و(صحيحة – صحيحة) في الفيديو لتعليم المهارات الاجتماعية لدى أطفال التوحد.

- **هدف الدراسة:**

1- إظهار أهمية الفيديو في تحسين السلوك الاجتماعي لدى أطفال التوحد.

2- إن استخدام فرع من النماذج الإيجابية والسلبية يمكن أن يساعد على استملاك وتعميم المهارة المطلوبة، حيث قارنت الدراسة بين استعمال نموذج سلبي واحد ونموذج إيجابي واحد لتقرير أي مجموعة تؤدي إلى استملاك أسرع و/أو تعميم متفوق في المهارة.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (7) أطفال تراوحت أعمارهم بين (5-15) سنة.

- **أدوات الدراسة:**

أشرطة تعرض على الفيديو، تمّ عرض شريطين، وضمن كل شريط يوجد مهمتان.

الشريط الأول: يظهر نموذجين لنموذج واحد يؤدى بطريق خاطئ وبطريق صحيح.

الشريط الثاني: يحوي نموذجين مختلفين بطريقة صحيحة – صحيحة لنموذج واحد.

- **نتائج الدراسة:**

حقّق المشاركون بعض المكاسب في استملاك المهارات الاجتماعية دون شرط أي مجموعة كانت متفوقة في الاستملاك أو تعميم المهارات الاجتماعية الموجهة.

- **دراسة جويندولين وماسون Mason،Gwendolyn (2008):**

- **عنوان الدراسة:**

Exploring motivation for social interaction in children with Autism

استكشاف الحافز للتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد.

يتضمن التوحد بجوانبه المختلفة قلة الحافز الاجتماعي، حيث تظهر نقائص الحافز الاجتماعي بشكل مبكر.

- **هدف الدراسة:**

1- التعرف على الحافز الاجتماعي الناقص في الوضع الراهن.

2- فحص العلاقة بين الحافز الاجتماعي و نظرية قدرة العقل.

- عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من (15) طفلاً توحدياً و(17) طفلاً متناظرين متطورين نموذجياً (10 أطفال مشاركين).

تضمنت إجراءات الحافز الاجتماعي: النظر إلى تجربة اللعب الحر ثم يجبر كل طفل على الاختيار بين التفاعل الاجتماعي والتفاعل غير الاجتماعي (a-b).

إجراءات نظرية قدرة العقل: التقليد، الانتباه المشترك، فهم الرغبة.

تطلبت كل الإجراءات المهارات الأقل استخداماً للغة.

- أدوات الدراسة:

اختبار مفردات الصورة Peabody – الطبعة الرابعة (PPVT-IV)، ومقاييس فاينلاند للطفولة المبكرة العاطفي الاجتماعي.

- نتائج الدراسة:

1- ذكر الآباء أن أطفال التوحد أقل حافزاً للتفاعل مع الآخرين.

2- أظهر أطفال التوحد ضعفاً على الانتباه المشترك وفهم الرغبة عندما يكلفون بمهمة، ولكن لمن يظهروا ضعفاً على التقليد مما يدل على وجود بضع علاقات بين الأداء على الحافز الاجتماعي ومهام نظرية العقل.

3- بيّنت الدراسة ارتباطاً هاماً ظهر بين الحافز الاجتماعي واللغة الحسية لدى أطفال التوحد، نتيجة لذلك عرضت مجموعة(ASD) حافزاً اجتماعياً ناقصاً دليلاً لوجود ضعف في نظرية العقل ولم يرجع ذلك إلى الضعف في الحافز الاجتماعي.

4- كما تبرز النتائج الحالية أن ظهور نقائص الحافز الاجتماعي يعد إحدى الإشارات الدالة على أعراض التوحد.

- **دراسة كروجر وجانيت Kroeger, Janet (2007):**

- عنوان الدراسة:

A comparison of two Group – Delivered social skills programs for young children disorder

مقارنة برنامجين للمهارات الاجتماعية لمجموعتين بين أطفال التوحد.

- **هدف الدراسة:**

تطوير وتقييم مهارات التدخل الاجتماعي لأطفال التوحد.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (25) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (4–6) سنوات، تم تقسيمهم إلى مجموعتين:

1- المجموعة الأولى تضم (12) طفلاً: مجموعة التعليم المباشرة أو أنشطة المسرحية، حيث عملت المجموعة بطريقة غير منظمة أثناء الجلسات.

2- المجموعة الثانية تضم (13) طفلاً: مجموعة التعليم المباشرة التي استعملت نماذج الفيديو، حيث هيأت لتعليم المسرحية والمهارات الاجتماعية.

اجتمعت المجموعات لفترة (5) أسابيع بمعدل (3) مرات بالأسبوع.

- **أدوات الدراسة:**

مقياس جيليام لتشخيص التوحد، شرائط فيديو.

- **نتائج الدراسة:**

توصلت النتائج إلى أن كلتا المجموعتين تحسنتا في سلوكات التفاعل الاجتماعي، إلا أن الأطفال في مجموعة التعليم المباشرة حصلت على مكاسب أكثر في سلوكات التفاعل الاجتماعي من أطفال مجموعة الأنشطة المسرحية.

- **دراسة جنيفر كوماس وكريستين Jennifer & Kristen (2007):**

- **عنوان الدراسة:**

The effects of scripted peer tutoring and programming common stimuli on social interactions of a student with autism spectrum disorder

تأثيرات التعلم بواسطة الرفاق والمثير العام المبرمج على التفاعلات الاجتماعية لدى طالب ذو اضطراب طيف توحدي.

- **هدف الدراسة:**

إظهار تأثيرات التعلم باستخدام الرفاق في أنشطة القراءة (مع وبدون مثير عام مبرمج متعلق باللعب) على التفاعلات الاجتماعية بين طالب (ASD) ورفاقه المطورين تعليمياً بشكل نموذجي خلال اللعب الحر بواسطة الرفاق.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من طفل لديه اضطراب توحدي يبلغ من العمر (5) سنوات ومتأخر في النمو، و(3) من الأطفال المطورين تبلغ أعمارهم (5) سنوات في صف الروضة وليس لديهم تجربة لعب مع الطفل التوحدي، تم اختيارهم كرفاق هدف.

- **أدوات الدراسة:**

دمى (المثير العام) تتألف على الأقل من (20) جزءاً، يمكن أن توضع مع بعضها البعض (مثل جريان الكرة الزجاجية المتوفرة خلال اللعب الحر)، قوائم الشطب (K-pals) لتقييم التلقين اللفظي والاستجابات المتعلقة بالمثير العام.

- **نتائج الدراسة:**

زادت التفاعلات الاجتماعية خلال جلسات اللعب الحر بشكل واضح في كل مرحلة من التعلم باستخدام الرفاق مع مثير عام، وعندما تمت إزالة المثير العام المتعلق باللعب من أنشطة التعلم بواسطة الرفاق نقصت التفاعلات الاجتماعية للمشاركين خلال اللعب الحر. كما أن المثير العام المنظم المتعلق باللعب في أنشطة قراءة التعلم بواسطة الرفاق أظهر زيادة في التعميم ولم يؤدِ للحفاظ على التفاعلات اللفظية الاجتماعية فقط، بل لاستخدامها في مواقف أخرى مشابهة أيضاً.

- **دراسة واهلين Wahlen (2006):**

- **عنوان الدراسة:**

The collateral effects of joint attention training on social initiations positive affect imitation and spontaneous speech for young children with Autism

التأثيرات غير المباشرة (المصاحبة) لتدريب الانتباه المتواصل على التداخل الاجتماعي الايجابي تأثير التقليد والحديث التلقائي لدى الأطفال ذوي التوحد.

– **هدف الدراسة:**

دراسة مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الانتباه المشترك وأثره على التلقين الاجتماعي والتقليد الكلامي لدى عينة من التوحديين.

– **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (10) أطفال توحديين.

– **أدوات الدراسة:**

البرنامج التدريبي، مقياس الانتباه، استمارة ملاحظة.

– **نتائج الدراسة:**

إن تعليم الأطفال الصغار التوحديين الانشغال في الانتباه المشترك يؤدي إلى زيادة في سلوكات التواصل الاجتماعي غير المستهدفة، وبعد مشاركتهم في البرنامج تم ملاحظة تغيرات ايجابية في التلقين الاجتماعي والتقليد واللعب، وتدعم النتائج الافتراضات بأن تعليم مهارات الانتباه المشترك يؤدي إلى تحسن في العديد من المهارات الأخرى.

- **دراسة سالازار Salazar(2004):**

– **عنوان الدراسة:**

Increasing social imitations in preschoolers with Autism using a combination of social stories, pictorial cues and role play

رفع المبادأة الاجتماعية لدى أطفال التوحد قبل سن المدرسة باستخدام مشاركة القصص الاجتماعية والنماذج المصورة ولعب الدور.

– **هدف الدراسة:**

استخدام النماذج المصورة والقصص الاجتماعية ولعب الأدوار في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي والمحافظة على الانتباه وتعديل السلوكات اللا تكيفية عند الأطفال التوحديين في سن ما قبل المدرسة.

– **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (3) أطفال توحديين و(3) أطفال نموذجيين كمشاركين اجتماعيين، حيث كانوا أزواجاً مع كل طفل توحدي.

- **أدوات الدراسة:**

استخدمت الدراسة لعب الأدوار، قصص مصورة، نماذج مصورة، استمرار جلسات العلاج لمدة (10) أسابيع بمعدل (3) جلسات كل أسبوع.

- **نتائج الدراسة:**

أشارت الدراسة إلى زيادة الانتباه والحفاظ عليه وزيادة سلوكات الاحتياجات الاجتماعية وانخفاض السلوكات اللا تكيفية، كما أكدت الدراسة أن الأطفال التوحديين يمكن أن يتعلموا مهارات التواصل الاجتماعي المتاحة عن نظائرهم النموذجيين، ولم يتم تعليم هذه المهارات فقط ولكن تم تطبيقها في بيئات أخرى.

- **دراسة أوسبورن وسكوت Osbourn, Scott (2004):**

- **عنوان الدراسة:**

Effectiveness of music treatment as a program for early intervention to improve the socio-verbal communication skills

فعالية العلاج بالموسيقى كبرنامج للتدخل المبكر في تنمية مهارات التواصل اللفظي الاجتماعي.

- **هدف الدراسة:**

اختبار مدى فعالية العلاج بالموسيقى كبرنامج للتدخل المبكر في تنمية مهارات التواصل اللفظي الاجتماعي وتحسين المستوى اللغوي.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (10) أطفال تراوحت أعمارهم بين (4–6) سنوات تمّ تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة.

- **أدوات الدراسة:**

برنامج العلاج بالموسيقى.

- **نتائج الدراسة:**

أوضحت النتائج فعالية برنامج العلاج بالموسيقى المستخدم في تحسين المستوى اللغوي لهؤلاء الأطفال ومساعدتهم في التواصل اللفظي الاجتماعي مع غيرهم من الأقران والكبار المحيطين بهم.

- **دراسة أوزونوف Ozonoff (2004):**

- عنوان الدراسة:

Effectiveness of a home program intervention for children with autism

تأثير برنامج التدخل المنزلي عند أطفال التوحد.

- هدف الدراسة:

تسليط الضوء على تأثير برنامج التدخل المنزلي (TEACCH) في تعلم الأطفال التوحديين في منازلهم، وذلك بتدريب أولياء أمور هؤلاء الأطفال على كيفية التعامل مع أطفالهم في المنزل حسب (TEACCH).

- عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من (12) طفلاً تمّ توزيعهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، تلقّت المجموعة التجريبية تدريباً في المنزل لمدة (4) أشهر، بينما لم تتلقَ المجموعة الضابطة أي تدريب.

- أدوات الدراسة:

برنامج (TEACCH).

- نتائج الدراسة:

أظهرت الدراسة أن أطفال المجموعة التجريبية قد أحرزوا تقدماً واضحاً في الحركات الدقيقة والكبيرة والمهارات غير اللفظية والتفاعلات الاجتماعية فيما بينهم، حيث كانت علاماتهم على الاختبار البعدي تعادل (3) أضعاف علامات المجموعة الضابطة.

- **دراسة باومنجر Bauminger (2004):**

- عنوان الدراسة:

The facilitation of social–emotional understanding and social interaction in high–function children with autism

تسهيل الفهم العاطفي الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد ذوي الأداء العالي.

- هدف الدراسة:

تقييم فاعلية برنامج سلوكي معرفي في زيادة التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين ذوي الأداء العالي.

- عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من (15) طفلاً توحدياً، تراوحت أعمارهم بين (8–17) سنة، وتم التركيز في البرنامج على (3) جوانب هي: حل المشكلات الشخصية، والفهم العاطفي، والتفاعل الاجتماعي.

- أدوات الدراسة:

استخدمت الملاحظة المباشرة من قبل المعلمين في رصد تلك السلوكات كاختبار قبلي وبعدي.

- نتائج الدراسة:

أظهرت الدراسة تقدماً واضحاً لدى هؤلاء الأطفال في الجوانب الثلاث المستهدفة، حيث أصبحوا أكثر مبادرةً إلى إجراء تفاعلات اجتماعية مع أقرانهم، كما لوحظ تحسن في التواصل البصري لديهم أيضاً، إضافةً إلى تطور قدرتهم على مشاركة الآخرين بالاهتمامات.

- **دراسة جوهانستون وايفانس Johanston & Evans (2004):**

- عنوان الدراسة:

The use of visual support in teaching young children with autism spectrum disorder to initiate interactions

استخدام الدعم المرئي في تعليم الأطفال اليافعين ذوي اضطراب الطيف التوحدي لتكوين التفاعلات.

- هدف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى أثر استخدام نظام التواصل البصري في قدرة أفراد عينة الدراسة على التفاعل الاجتماعي ومدى تأثيره على سلوك انجازهم للمهام المطلوبة منهم وعلى استخدامهم للغة لفظية مفهومة من الآخرين.

- عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من (3) أطفال تراوحت أعمارهم بين (3,4–3,5) سنة.

- أدوات الدراسة:

البرنامج التدريبي المستخدم من إعداد الباحثين المعتمد على نظام التواصل البصري، مجموعة من الصور.

- **نتائج الدراسة:**

توصلت الدراسة إلى فعالية استخدام نظام التواصل البصري في تنمية قدرة أطفال التوحد عينة الدراسة على التفاعل الاجتماعي وعلى انجازهم للمهام المطلوبة منهم وتنمية لغة لفظية عن طريق ربط الصورة بدلالتها اللغوية.

- **دراسة ليز فوكس و باميلا بوشباكير Lise Fox & Pamela Buschbacher (2003):**

- **عنوان الدراسة:**

Understanding and intervening with the challenging behavior of young children with Autism Spectrum Disorder

فهم وتدخل السلوكات الاجتماعية غير المرغوب فيها للأطفال اليافعين ذوي اضطراب الطيف التوحدي.

- **هدف الدراسة:**

استخدام دعم السلوكات الايجابية ومدى تأثيره في اكتساب الطفل التوحدي لمهارات اجتماعية جديدة.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (5) أطفال ذوي توحد وطفل ذي اضطراب أسبيرجر و(3) أطفال غير شفهيين non-verbal، تراوحت أعمارهم بين (3–7) سنوات.

- **أدوات الدراسة:**

مقياس السلوك الاجتماعي.

- **نتائج الدراسة:**

أظهرت الدراسة أن سماح الآباء والمتخصصين للطفل أن يلعب دور المستمع والمتحدث يساعد الطفل على تغيير أسلوب التواصل لديه، كما يساعد على تعلم المحادثة الصحيحة واستخدام الأسئلة في المحادثة أيضاً، مما نمى لديهم مهارات وسلوكات اجتماعية جديدة.

- **دراسة شارلوب , كريستي وآخرون Charlop-Christy (2002):**

- **عنوان الدراسة:**

Using The Picture Exchange Communication System (PECS) With Children With Autism: Assessment of PECS Acquisition, Speech, Social- Communicative Behavior, and Behavior Problem.

استخدام نظام التواصل عن طريق تبادل الصور البيكس لدى الأطفال المصابين بالتوحد: تقييم تأثير إتقان التواصل بالبيكس على كل من الكلام وسلوك التواصل الاجتماعي ومشاكل السلوك.

- **هدف الدراسة:**

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير استخدام نظام التواصل عن طريق تبادل الصور على اكتساب الكلام، سلوك التواصل الاجتماعي والسلوك غير التكيفي لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (3) أطفال من الذكور المصابين بالتوحد، من عمر (12) سنة و(3) سنوات و(5) سنوات.

- **أدوات الدراسة:**

وتم استخدام الأدوات التالية: برنامج التواصل عن طريق تبادل الصور(البيكس) (PECS)، بوندي وفروست (Bondy and Frost, 1994)، اختبار بيبودي للمفردات المصور– الطبعة الثانية – المعدل، مقياس فاينلند للسلوك التكيفي.

- **نتائج الدراسة:**

وفي التوصل إلى نتائج البحث تم الاعتماد على تصميم بحث الخطوط القاعدية المتعددة (Multiple Baseline Design)، وقد أظهرت النتائج فاعلية استخدام نظام التواصل بتبادل الصور في زيادة الكلام اللفظي، وزيادة سلوكات التواصل الاجتماعي والنقص في السلوكات غير التكيفية لدى أطفال التوحد.

- **دراسة كانارين Canaren (2002):**

- **عنوان الدراسة:**

Using the cumulative treatment in improving the social communicative skills with a group of children with Autism and Down' syndrome

استعمال العلاج الجمعي في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي مع مجموعة من الأطفال المصابين بالتوحد ومتلازمة داون.

- **هدف الدراسة:**

أهمية العلاج الجمعي في تنمية مهارات التواصل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين ومتلازمة داون.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (4) أطفال (2 توحديين و2 متلازمة داون)، وحدد وقت الدراسة بـ (38) جلسة علاجية.

- **أدوات الدراسة:**

برنامج للتواصل من خلال الرسم (إعداد الباحثة).

- **نتائج الدراسة:**

بيّنت الدراسة استفادة المشتركين من البرنامج من حيث التواصل الاجتماعي بينهم من خلال الأنشطة الفنية على القياس البعدي.

- **دراسة كارتر وماري Carter ، Marie (2000):**

- **عنوان الدراسة:**

Using choice with interactive play to increase language skills in children with Autism

فاعلية استخدام الاختبارات في اللعب التفاعلي لزيادة مهارات اللغة والتواصل لدى أطفال التوحد.

- **هدف الدراسة:**

التأكيد على فاعلية مدّ الطفل بالخيارات لتقليل السلوكات المضطربة وتشجيع اللعب التفاعلي وزيادة مهارات اللغة لدى الأطفال ذوي التوحد، حيث تؤدي إتاحة الفرصة للطفل للاختيار عادةً إلى زيادة السلوك المقبول اجتماعياً والسلوك الاجتماعي والتكيفي لدى الطفل.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من مجموعتين، إحداهما تكونت من(3) أطفال توحديين لديهم مشاكل سلوكية، والأخرى ضابطة لم تتح لأطفالها فرص اختيار الألعاب كما في المجموعة الأولى.

- **أدوات الدراسة:**

استخدمت فنّية اللعب التفاعلي بواسطة مجموعة من الألعاب والدمى التي قام المعلمون بتجديدها.

- **نتائج الدراسة:**

1- تحسنت السلوكات المضطربة بشكلٍ واضح.

2- ازدادت مستويات السلوك الاجتماعي المرغوب.

3- إن الأطفال الذين أتيحت لهم الفرصة للاختيار أظهروا تحسناً في مهارات اللغة والتواصل الاجتماعي مع أقرانهم في المجموعة.

- **دراسة فيليب ستراين ومارلين هويسن Philip Strain & Marilyn Hoyson (2000):**

- **عنوان الدراسة:**

The need for longitudinal intensive social skills intervention, LEAP follow-up outcomes for children with autism

الحاجة لاستخدام التدخل الطولي المكثف في تنمية المهارات الاجتماعية (دراسة تتبعية لأطفال التوحد).

- **هدف الدراسة:**

استخدام التدخل الطولي المكثف في تنمية المهارات الاجتماعية وتقييم فاعلية هذا التدخل في التخفيف من حدة أعراض التوحد.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (6) أطفال توحديين متوسط أعمارهم (6) سنوات، وتمّ تدريب هؤلاء الأطفال لمدة (2–3) سنوات لتعلّم العديد من المهارات الاجتماعية ومنها الترحيب بالكلمات المناسبة والمشاركة وتعلم كيفية الطلب من الآخرين وتوديع الآخرين، وقد اختلفت الأهداف الموضوعة لكل طفل حسب قدراته.

- **أدوات الدراسة:**

مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)، بروفيل انجاز التعلم (LAP)، الملاحظة المباشرة للسلوك والتفاعل الاجتماعي، الاطلاع على التاريخ التعليمي، ومقابلة الوالدين.

- **نتائج الدراسة:**

أشارت الدراسة إلى انخفاض درجات الأطفال على مقياس تقدير التوحد من متوسط قدره (35) إلى متوسط قدره (22)، مما يدلّ على حدوث انخفاض في أعراض التوحد لدى هؤلاء الأطفال، كما لوحظ تحسن سلوكي في التفاعل الاجتماعي حيث كان متوسط التفاعل الاجتماعي (3%) وعند الانتهاء من البرنامج أصبح (23%)، كما أشارت النتائج الخاصة بالتاريخ التعليمي إلى أن (5) أطفال من السنة استطاعوا الالتحاق بالفصول العادية بعد حصولهم على البرنامج مع تقديم مقترحات بسيطة لهم أحياناً.

- **دراسة نوريس وداتيلو Norris & Dattilo (1999):**

- **عنوان الدراسة:**

Evaluating effects of social story intervention a young girl with autism

تأثيرات تقييم تدخل القصة الاجتماعية لدى طفلة توحد.

- **هدف الدراسة:**

التعرف على مدى فعالية برنامج للقصص الاجتماعية على السلوكات والتفاعلات الاجتماعية.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من طفلة في الثامنة من عمرها تعاني من التوحد.

- **أدوات الدراسة:**

البرنامج المعدّ، مقياس التفاعل الاجتماعي.

- **نتائج الدراسة:**

أوضحت النتائج حدوث نقص في معدل التفاعلات الاجتماعية غير الملائمة التي لوحظت خلال تناول الغداء، وذلك بنسبة تصل إلى (5%) تقريباً قياساً بما كان الأمر عليه كلياً في بداية البرنامج.

- **دراسة ميشيل Micheal (1999):**

- **عنوان الدراسة:**

Effects on social communication for autism children

التأثيرات على الاتصال الاجتماعي لدى أطفال التوحد.

- **هدف الدراسة:**

التحري عن تأثيرات النص المكتوب والتلقين التصويري بتعليقات الفيديو الإضافية على الاتصال الاجتماعي والنقائص الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (5) أطفال توحديين، ونظيران بدون حالات عجز شاركتا كشركاء اجتماعيين مع كل طفل توحدي.

-**أدوات الدراسة :**

الفيديو، حيث طُبِّقت المعالجة مرتين بالأسبوع وشملت (10) دقائق للتعليم النظامي الذي يستعمل مثيرات بصرية و(10) دقائق للتفاعل الاجتماعي و(10) دقائق لتعليقات الفيديو، استعملت للتقييم الذاتي.

- **نتائج الدراسة:**

1- أظهرت النتائج زيادة مهارات الاتصال الاجتماعية الموجهة عندما طبقت المعالجة.

2- عمّم مشارك واحد التحسينات ضمن قاعة الدروس.

3- أوضحت النتائج أيضاً تحسينات محسوسة في نوعية التفاعلات المتبادلة.

- **دراسة باركر و تيرساويب Sue & Tersaweb (1999):**

- **عنوان الدراسة:**

The development of the picture exchange communication system in the UK

تطور برنامج للتواصل عن طريق الصور في انكلترا.

- **هدف الدراسة:**

تدريب الأطفال المشخصين على أنهم ذوي توحد وذوي صعوبات تعلم والذين لديهم مشكلات سلوكية على استخدام برنامج التواصل عن طريق الصور للتواصل مع الآخرين.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (8) أطفال (5 توحديين و2 لديهم مشكلات سلوكية وطفل واحد لديه صعوبات تعلم شديدة)، تراوحت أعمارهم بين (4–5) سنوات.

– **أدوات الدراسة:**

برنامج التواصل باستخدام الصور، اختبار (DDTC)، البروفيل البروجماتي (وهو يستخدم بواسطة الوالدين).

– **نتائج الدراسة:**

أظهر الأطفال تحسناً في عمليات التواصل الوظيفي، وكذلك أظهروا تحسناً أثناء العمل الجماعي، كما أظهروا تحسناً في اللغة الظاهرية وفي التفاعل الاجتماعي.

- **دراسة دينيس Dennis (1999):**

– **عنوان الدراسة:**

Intelligence patterns among children with high-functioning autism ,phenyl-ketonuria, and childhood head injury

أمثلة تواصلية للأداء الاجتماعي بين مجموعة من الأطفال التوحديين ومجموعة من الأطفال المصابين في الفص الجبهي الأمامي ومجموعة من الأطفال المعاقين عقلياً.

– **هدف الدراسة:**

المقارنة بين المجموعات الثلاثة في الأداء الاجتماعي ومستوى المهارات الاجتماعية.

– **عينة الدراسة:**

تألفت مجموعة الأطفال التوحديين من (8) أطفال، ومجموعة الأطفال المصابين في الفص الجبهي الأمامي من (12) طفلاً، ومجموعة الأطفال المعاقين عقلياً من (12) طفلاً.

– **أدوات الدراسة:**

مقياس الأداء الاجتماعي.

– **نتائج الدراسة:**

تبين من خلال النتائج أن الأطفال التوحديين يتسمون بدرجة من الوعي الاجتماعي أكثر انخفاضاً من المجموعتين الأخيرتين وذلك بشكل دال إحصائياً، مما يجعلهم أقل قدرة على مسايرة الآخرين وأقل قدرة على البدء والقيام بتفاعلات اجتماعية بنّاءة معهم.

- **دراسة جانيت Janet (1999):**

- عنوان الدراسة:

Evaluating the social behavior for children with autism in comprehensive play of place

تقييم السلوك الاجتماعي لدى أطفال التوحد (ما قبل سن المدرسة) في مكان ساحة اللعب الشاملة.

- هدف الدراسة:

التأكيد على أهمية دور النظائر النامية نموذجياً في أماكن المدرسة لإعطاء الفرص الاجتماعية والتجارب الاجتماعية لأطفال التوحد.

- عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من (3) أطفال توحد بعمر (4–5) سنوات، و(15) طفلاً من الأطفال النامين نموذجياً والمشاركين في ساحة اللعب.

- أدوات الدراسة:

ساحة اللعب (أراجيح، دراجات، ألعاب رمل)، تم استخدام الملاحظة حيث دُوِّنت على بيانات ورقية كما تمت الملاحظة لمدة (10) دقائق، أجريت الملاحظة مرة باليوم خلال (5) أيام بالأسبوع ولمدة (4) أسابيع.

- نتائج الدراسة:

1- حدثت العديد من التجارب الاجتماعية لطلاب التوحد في مكان ساحة اللعب الشاملة وبشكل خاص زاد التلقين الاجتماعي من قبل طفل الهدف (الطفل التوحدي) تجاه النظائر المثالية (الأطفال النامين) وحدث العكس أيضاً.

2- إن التفاعلات الاجتماعية بين طلاب التوحد ونظائرهم النامين نموذجياً كانت أقل ما يمكن لانشغال طلاب التوحد المستهدفين بشكل كبير بأجهزة ساحة اللعب ولأن وقت ساحة اللعب كان غير منظم والنشاطات غير منظمة.

3- إن ما يزيد التفاعلات الاجتماعية لدى أطفال فئة التوحد ليس فقط النظير وساحة اللعب، بل لابد من إيجاد الآلية التي يعلم فيها طلاب التوحد التفاعلات المختلفة وخلق الفرص الشاملة سوية مع التدخلات المدعومة والمنظمة التي تنتج التغييرات ذات المغزى وتؤدي لحدوث التفاعلات الاجتماعية المطلوبة.

- **دراسة هوبسون و لي Hobson , Perter & Lee (1998):**

- **عنوان الدراسة:**

Hello and good bye, a study of social engagement in autism

دراسة الإقبال الاجتماعي لدى التوحد (مرحباً ووداعاً).

- **هدف الدراسة:**

تحليل السلوكات الاجتماعية التي تتضمن التفاعل الاجتماعي لمجموعتين من الأطفال (توحديين، ومعاقين عقلياً).

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (24) طفلاً توحدياً، و(24) طفلاً معاقاً عقلياً.

- **أدوات الدراسة:**

تم استخدام شرائط فيديو لتسجيل السلوكات الاجتماعية، الإشارات، الإيماءات.

- **نتائج الدراسة:**

1- أظهرت النتائج أن الأطفال التوحديين أقل استجابة لإشارات الترحيب أو التوديع اللفظية وذلك بصورة تلقائية، وكان من الأقل احتمالاً أن يقوموا بالتواصل بالعين عند الترحيب بهم من أقرانهم المعاقين عقلياً.

أظهرت النتائج أيضاً وجود فروق دالة بين المجموعتين في الاندماج الشخصي والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين وذلك لصالح الأطفال المعاقين عقلياً.

- **دراسة كرانتز وكلانهان Krantz & Clanahan (1998):**

- **عنوان الدراسة:**

Social interaction skills for children with autism

مهارات التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد.

- **هدف الدراسة:**

التعرف على مدى فاعلية زيادة التفاعلات الاجتماعية التي تتضمن إشارات موقفية في جدول النشاط المصور.

– عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من (3) أطفال توحديين، تراوحت أعمارهم بين (4–5) سنوات.

– أدوات الدراسة:

الإشارات، الإيماءات، جدول النشاط المصور.

– نتائج الدراسة:

بعد تعلّم كيفية استخدام الصور، زاد التدقيق في اختيار الألفاظ من جانب هؤلاء الأطفال، وازدادت التفاعلات التي لم يتضمنها الموقف وهو ما يعدّ نتيجة للتعتيم، وبعد الاستبعاد التدريجي لتلك الصور استمرت التفاعلات وتم تعتيمها على الأنشطة الأخرى.

- **دراسة تاراس وماتسون Taras, Matson (1998):**

– عنوان الدراسة:

Training social skills in two autistic children

المهارات الاجتماعية الموجهة لدى طفلين توحديين.

– هدف الدراسة:

باستخدام فنّيات متعددة للتدريب على المهارات الاجتماعية بين الشخصية لتخفيف حدة أعراض التوحد لدى طفلين توحديين، هدفت الدراسة إلى تخفيف حدة اللوازم المتكررة وتغيير الانفعالات غير الملائمة وتعديل محتوى المحادثة ليلائم الموقف وتحقيق تواصل بصري عن طريق تقليد النموذج والتدعيم والتدريب والتغذية الراجعة.

– عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من طفلين توحديين (الأول 10 سنوات والثاني 9 سنوات).

– أدوات الدراسة:

مقاييس الذكاء والسلوك التوافقي، البرنامج العلاجي المستخدم.

- نتائج الدراسة:

تشير الدراسة إلى تحسن مهارات التواصل، كما تؤكد على تعلم المهارات اللفظية وغير اللفظية التي تجعل الأطفال أكثر اجتماعية.

- **دراسة لوبيز جونزاليز وأدريانا كامبس Lopez Gonzalez & Adriana kamp (1997):**

- عنوان الدراسة:

Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical beers

فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية في زيادة التفاعل الاجتماعي بين الأطفال التوحديين وأقرانهم العاديين.

- هدف الدراسة:

التأكيد على فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية المصحوب بالتعزيز في زيادة التفاعل الاجتماعي بين الأطفال التوحديين وأقرانهم العاديين في المدارس الابتدائية.

- عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة من (4) أطفال توحديين تراوحت أعمارهم بين (5–7) سنوات، و(12) طفلاً من العاديين في الصفين الأول والثاني ممن تراوحت أعمارهم بين (5–8) سنوات.

- أدوات الدراسة:

استخدم اللعب الحر بعد التدريب مباشرة والتعزيز والتغذية المرتدة لجميع أفراد العينة.

- نتائج الدراسة:

أوضحت النتائج أن الجمع بين التدريب على المهارات الاجتماعية والتعزيز كان فعالاً في زيادة مستوى التفاعل الاجتماعي بين الأطفال التوحديين وأقرانهم العاديين، واستمر أثر هذا التفاعل.

- **دراسة ورلي كاي وميلاني كوتر Worley Kay & Melanie Cotter (1997):**

- عنوان الدراسة:

Improving the social behavior of high functioning children with autism, a social skills support group intervention

تحسين المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي التوحد ذوي الأداء الوظيفي المرتفع، تدخل لدعم مجموعة المهارات الاجتماعية.

- **هدف الدراسة:**

تحسين المهارات الاجتماعية والسلوكات المضطربة لعينة من الأطفال التوحديين، وقد هدف منهج المهارات الاجتماعية إلى تنمية المهارات والعلاقات بين الشخصية مثل التعارف أو تقديم الذات للآخرين والقدرة على مواصلة المحادثة مع الآخرين والاستخدام المناسب لمهارات التواصل غير اللفظي.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (6) أطفال من ذوي الأداء الوظيفي المرتفع، تراوحت أعمارهم بين (2–5) سنوات.

- **أدوات الدراسة:**

تضمنت التدريب على التعليمات ولعب الأدوار والممارسة في البيئة الطبيعية.

- **نتائج الدراسة:**

أشارت الدراسة إلى أن أفراد العينة كانوا قادرين على إظهار المهارات المستهدفة خلال الأنشطة التي يشاركون فيها في الجلسات التدريبية، إلا أنهم أخفقوا في إظهار تحسن ذي مغزى في الاستجابة الاجتماعية أثناء التفاعل مع الأقران العاديين.

- **دراسة جاريسون وهاريل Garrison & Harrell (1997):**

- **عنوان الدراسة:**

The effects of peer networks on social communicative behaviors for students with autism

تأثير شبكة الأقران على السلوكيات التواصلية الاجتماعية لدى طلبة التوحد.

- **هدف الدراسة:**

التعرف على مدى فعالية استخدام إستراتيجية شبكة الأقران على مدة دوام التفاعلات الاجتماعية وعلى مهارات التواصل الاجتماعي والتفاعلات الاجتماعية.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (3) أطفال توحديين في المرحلة الابتدائية.

– **أدوات الدراسة:**

البرنامج المستخدم.

– **نتائج الدراسة:**

أظهرت النتائج حدوث زيادة في الزمن المستغرق في التفاعلات الاجتماعية واستخدام نظام التواصل التعزيزي لدى هؤلاء الأطفال الثلاثة، كما حدثت أيضاً زيادة في كم اللغة التعبيرية لدى اثنين منهم.

- **دراسة ستون وندي Stone Wendy (1997):**

– **عنوان الدراسة:**

Nonverbal communication in 2 and 3 years old children with autism

دراسة مقارنة لأشكال التواصل الاجتماعي بين الأطفال التوحديين والأطفال المصابين بإعاقات نمائية.

– **هدف الدراسة:**

مقارنة أشكال التواصل الاجتماعي والتفاعل بين مجموعة من الأطفال التوحديين ومجموعة من الأطفال المصابين بإعاقات نمائية أخرى.

– **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (14) طفلاً توحدياً و(14) طفلاً مصاباً بإعاقات نمائية، وتمت المجانسة بين المجموعتين.

– **أدوات الدراسة:**

الإشارات والإيماءات.

– **نتائج الدراسة:**

1– أظهرت النتائج أن الأطفال التوحديين لديهم ضعف في التواصل الاجتماعي من حيث التواصل البصري والانتباه والإشارة إلى ما هو مرغوب مقارنةً بأطفال المجموعة الثانية.

2– كما أظهرت النتائج تفوّق الأطفال التوحديين في مسك اليد لطلب ما يريدون، ولكن من الأقل احتمالاً بالنسبة لهم أن يعلقوا على الأشياء التي يرونها أو يشيرون إليها أو يستخدموا الحملقة بالعين بغرض التواصل مع الآخرين.

- **دراسة روبل وليزا وآن Ruble , Lisa & Ann (1997):**

- عنوان الدراسة:

Comparative study of the natural habitat behaviors of children with autism and children with down syndrome

دراسة تفصيلية للسلوكيات الملائمة اجتماعياً لدى أطفال التوحد وأطفال متلازمة داون.

- هدف الدراسة:

تحليل مستوى السلوك لدى الأطفال التوحديين وأطفال متلازمة داون ومدى ملاءمته للسلوك الاجتماعي المقبول ومدى قدرتهم على الاستجابة للمثيرات المختلفة بسلوك اجتماعي يتناسب مع الجماعة.

- عينة الدراسة:

تألفت من مجموعتين، ضمت الأولى (8) أطفال توحديين والثانية (8) أطفال معاقين عقلياً من ذوي أعراض متلازمة داون، ويتشابه كلاهما في مستويات السلوك التكيفي.

- أدوات الدراسة:

مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي.

- نتائج الدراسة:

عملت الباحثة على تحليل محتوى السلوك وذلك إلى وحدات للنشاط تؤدي بشكل طبيعي إلى حدوث سلسلة من السلوكات بشكل ثابت، ومن بين ما كشفت عنه النتائج أنه كان من الأكثر احتمالاً بالنسبة للأطفال التوحديين أن يزداد فشلهم أو عدم قدرتهم على الاستجابة للمثيرات المختلفة بمقدار (4) أضعاف وذلك عند مقارنتهم بأقرانهم المعاقين عقلياً، وهو الأمر الذي يجعلهم أكثر انسحاباً من المواقف والتفاعلات الاجتماعية.

- **دراسة بول Ball (1996):**

- عنوان الدراسة:

Increasing social interactions of preschool with autism through relationship, with typically developing peers

زيادة التفاعلات الاجتماعية لدى أطفال التوحد (قبل سن المدرسة) من خلال العلاقات النموذجية المشتركة.

– **هدف الدراسة:**

هدفت الدراسة إلى تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين من أجل القيام بتفاعل اجتماعي مع أقرانهم الذين يعانون من السلوك النمطي.

– **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (8) أطفال توحديين و(8) أطفال نمطيين، تراوحت أعمارهم بين (4–8) سنوات.

– **أدوات الدراسة:**

برنامج تدريبي يتضمن العديد من المهارات الاجتماعية، مقياس المهارات الاجتماعية، استمارة خاصة للتفاعلات الاجتماعية.

– **نتائج الدراسة:**

أظهرت النتائج تحسن أفراد العينة في العديد من المهارات الاجتماعية، مما انعكس بشكل جيد على تفاعلهم الاجتماعي، ومن هذه المهارات (التواصل بالعين، مهارات اللعب الرمزي، أخذ الدور، الاستجابات اللفظية وغير اللفظية)، بالإضافة إلى أن اتخاذ الأقران كنماذج يعدّ وسيلة ناجحة بدرجة كبيرة مع حدوث الاندماج بين الأطفال داخل الفصل.

- **دراسة كوجل و فريا Koegel & Frea (1993):**

– **عنوان الدراسة:**

Treatment of social behavior in autism through the modification of social skills

علاج السلوك الاجتماعي لدى التوحد من خلال تعديل المهارات الاجتماعية.

– **هدف الدراسة:**

زيادة التفاعلات الاجتماعية بالاندماج والتواصل لدى عينة الدراسة.

– **عينة الدراسة:**

تألفت العينة من طفلين توحديين بلغ عمر الطفل الأول (3) سنوات والطفل الثاني (6) سنوات.

– **أدوات الدراسة:**

البرنامج التدريبي المستخدم.

- **نتائج الدراسة:**

نُفِّذ البرنامج التدريبي في مواقف اجتماعية طبيعية مثل مكان اللعب والمطعم، وأظهرت نتائج الدراسة زيادة التفاعل الاجتماعي والاندماج الاجتماعي لدى الطفلين.

- **دراسة كرانتز و مكاناهان Krantz & Mc.Channahan (1993):**

- **عنوان الدراسة:**

Teaching children with autism to initiate to peers.effects of ascript-fading procedure

فاعلية النمذجة في تعليم الأطفال التوحديين بدء التفاعل مع الآخرين ومع بعضهم.

- **هدف الدراسة:**

التأكيد على أهمية أسلوب النمذجة في تعليم الأطفال التوحديين المهارات الاجتماعية والتواصلية اللازمة للبدء بالتفاعلات الاجتماعية مع أقرانهم في المجموعة.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (4) أطفال توحديين تراوحت أعمارهم بين (5–8) سنوات.

- **أدوات الدراسة:**

اختبار(PPVT)، اختبار ودكوك للقراءة (W.R.M.T)، اختبارات مكارش، مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي، البرنامج المستخدم، اختبار وكسنر المعدل (WISC-R).

- **نتائج الدراسة:**

1- أصبح الأطفال أقل عدوانية وإيذاءً للذات وانخفضت الاستجابات النمطية لديهم.

2- اكتسب الأطفال تطوراً في اللغة التعبيرية الوظيفية.

3- تعلم الأطفال تتبّع الجداول المكتوبة عندما يعاد ترتيبها أو يضاف إليها محتويات جديدة خاصة بالرسم والتلون.

4- مكّن الأطفال التوحديون ذوي العجز اللغوي والاجتماعي من ممارسة حوار خاص مع الأقران، مما ساعدهم على بدء التفاعل الاجتماعي المناسب.

- **دراسة روبرت كوجل ووليام Robert Koegel & William (1993):**

– عنوان الدراسة:

Treatment of social behavior in autism through the modification of social skills

علاج السلوك الاجتماعي للتوحديين من خلال تعديل المهارات الاجتماعية.

– هدف الدراسة:

دراسة كيفية اكتساب الفرد للسلوكيات الاجتماعية التواصلية والتعميم عبر سلوكات اجتماعية أخرى.

– عينة الدراسة:

تكونت من طفلين توحديين أعمارهم (13) سنة و (16) سنة، تمّ رصد عينات من سلوك هذين الفردين في مواقف مختلفة (تعبيرات الوجه، سلوك غير لفظي، شدة الصوت، ملاحظة التواصل البصري).

– أدوات الدراسة:

استخدمت فنية إدارة الذات لتمكين المفحوصين من تمييز نماذج السلوك المناسبة عن غير المناسبة.

– نتائج الدراسة:

أوضحت أن السلوكات الاجتماعية المراد علاجها لدى المفحوصين قد تحسنت بسرعة، كما كان هناك تأثير لهذا التحسن على سلوكات اجتماعية أخرى لم يتم تحديدها، وقد صاحب هذا التحسن زيادة في التقديرات الذاتية فيما يتصل بالتفاعل الاجتماعي المناسب.

- **دراسة ايمي كلي و فريد فولكمان Ami Klin & Fred Volkman (1992):**

– عنوان الدراسة:

Autistic social dysfunction, some limitations of the theory of mind hypothesis

القصور الاجتماعي الذاتوي، بعض التقييدات لنظرية فرضية العقل.

– هدف الدراسة:

بحث إمكانية تفسير القصور في مهارات التفاعل الاجتماعي في إطار نظرية العقل، وافتراضات نظرية العقل التي تفسر صعوبات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين، حيث يتم إرجاع هذه الصعوبات إلى عدم قدرة الأطفال التوحديين على قصور الحالات العقلية للآخرين.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (29) طفلاً توحدياً و(29) طفلاً من الأطفال العاديين ممن تقل أعمارهم عن (4) سنوات.

- **أدوات الدراسة:**

مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي(VABS)، لتقدير بنود النمو الاجتماعي، وقد تم تقييم هذه البنود في ضوء علاقتها بعمر الاكتساب المتوقع.

- **نتائج الدراسة:**

1- أوضحت النتائج أن الاختلال الوظيفي الاجتماعي في التوحد يؤثر على الظهور المبكر للسلوكيات الاجتماعية على نحو نموذجي قبل الوقت الذي تظهر فيه المؤشرات المبكرة على ظهور نظرية العقل بوضوح.

5- كما أظهرت أن عدم قدرة الأطفال التوحديين على قصور الحالات الفعلية للآخرين يؤثر إلى حدٍ كبير على قدرتهم على التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين.

- **دراسة هارينك و برين Haring & Breen (1992):**

- **عنوان الدراسة:**

A peer-mediated social network intervention to enhance the social integration of persons with moderate and severe disabilities

تدخل شبكة الأقران الاجتماعية لتعزيز الانضمام الاجتماعي لدى الأشخاص ذوي القصور المعتدل والشديد.

- **هدف الدراسة:**

إشراك شبكة اجتماعية من الأقران المراهقين وذلك في مناقشات أسبوعية في حضور المعلم بغرض زيادة التفاعلات الاجتماعية لدى أفراد العينة.

- **عينة الدراسة:**

تألفت العينة من اثنين من المراهقين المعاقين، يعاني أحدهما من اضطراب التوحد والآخر من التخلف العقلي.

– **أدوات الدراسة:**

مقياس للتفاعلات الاجتماعية قام الباحثون بتصميمه.

– **نتائج الدراسة:**

أوضحت نتائج القياس القبلي وجود قصور في التفاعلات الاجتماعية لدى الطفلين، أما نتائج القياس البعدي فقد بيّنت أن كليهما استجابا للإجراء المستخدم ومن ثم حدث تحسن في كم وكيف التفاعلات الاجتماعية لكلٍ منهما.

- **دراسة ليونارد كامبس وآخرون Leonard Kamps (1992):**

– **عنوان الدراسة:**

Teaching social skills to students with autism to increase peer interactions in an integrated first grade classroom

فاعلية تعليم المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي التوحد في زيادة تسهيل التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم في الفصول المرحلية الأولى.

– **هدف الدراسة:**

التحقق من فاعلية استخدام المهارات الاجتماعية في تسهيل وزيادة التفاعل الاجتماعي، حيث تمثلت المهارات الاجتماعية في تدريب الأطفال التوحديين وأقرانهم العاديين على الانضمام إلى مجموعة واحدة والحفاظ على التفاعل داخل المجموعة من خلال تبادل التحية مع الآخرين وإبداء المجاملات الاجتماعية واستخدام مهارات الطلب والمشاركة وطلب مساعدة الآخرين.

– **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من (3) أطفال توحديين وأقرانهم العاديين، وكان متوسط أعمارهم (7) سنوات، وينتظمون في أحد فصول الدمج بالصف الأول الابتدائي.

– **أدوات الدراسة:**

البرنامج التدريبي المستخدم بواقع (4) جلسات أسبوعياً ومدة الجلسة (20) دقيقة.

- **نتائج الدراسة:**

أظهرت النتائج تحسناً في التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحديين وفي استجابة الأطفال للآخرين، كما استمر التحسن في التفاعل عند متابعة الأطفال من خلال ملاحظة سلوكهم وتزويدهم بالتغذية الراجعة على الأداء الاجتماعي أثناء اللعب الجماعي.

- **دراسة هيلمان دافيد Helman David (1990):**

- **عنوان الدراسة:**

Behavior modification and intensive interpersonal involvement in the treatment of an autistic child

فاعلية برنامج علاجي سلوكي لتقوية التفاعلات بين الشخصية لدى الطفل التوحدي.

- **هدف الدراسة:**

استخدام برنامج علاجي سلوكي لتقوية التفاعلات بين الشخصية لدى طفل التوحد من خلال معرفة التاريخ التطوري للطفل.

- **عينة الدراسة:**

تألفت عينة الدراسة من طفل توحدي يتراوح عمره بين (11–13) سنة.

- **أدوات الدراسة:**

استخدام معايير التشخيص اللازمة، البرنامج العلاجي (إعداد الباحثة) والذي يرتكز على تعزيز القوى النفسية للطفل التوحدي لتوطيد العلاقة العاطفية الايجابية التي تربطه بالآخرين وخاصة الأسرة، وبعد ذلك تمّ التركيز على تنمية الإدراك اللغوي والحركي والمهارات الاجتماعية لديه، بالإضافة إلى توجيه وإرشاد أسرته بكيفية التفاعل الاجتماعي معه.

- **نتائج الدراسة:**

1- حدوث تحسن واضح وملحوظ في الوظائف الاجتماعية والانفعالية لدى الطفل، وظهر هذا التغير بوضوح في مشاعر الابتهاج والحب والحنان التي بدأت تظهر على وجهه.

2- كما لوحظ انخفاض في نسبة حدوث الإصابات الناتجة عن العدوان الموجه للذات وحدوث تغير ايجابي في سلوكياته.

ثالثاً – التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة التي قدّمت برامج تدريبية وعلاجية لأطفال التوحد، نستنتج ما يلي:

1- اتفقت معظم الدراسات من حيث الهدف على زيادة وتحسين التفاعلات الاجتماعية لدى أطفال التوحد، كدراسة الخيران (2011)، ودراسة غزال (2007)، ودراسة بخش (2003)، ودراسة محمد (2001)، ودراسة جوستن وآخرون Justin et al (2009)، ودراسة بول Ball (1996)، كما تشابهت معظم الدراسات من حيث عدد أفراد العينة وعمرها، فتراوح عدد الأفراد في معظم الدراسات من (4-16) فرداً وهو عدد صغير نسبياً كدراسة ذيب (2005) بلغت (4) أطفال، ودراسة علي (2008) وبلغت (10) أطفال، ودراسة بيلي داون Baily Dawn (2010) بلغت (4) أطفال، وكان معظمهم من الفئة العمرية بين (3-10) سنوات، كما أكدت العديد من الدراسات في نتائجها على ضرورة اعداد برامج تدريبية سلوكية لزيادة التفاعلات الاجتماعية المختلفة، كدراسة عويجان (2012)، ودراسة مدبولي (2001)، ودراسة كريستينا Christina (2006).

2- اتفقت معظم الدراسات على أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية لتنمية التفاعلات الاجتماعية، كدراسة عادل عبد الله محمد (2000)، ودراسة رائد الشيخ ذيب (2005)، ودراسة لينا بن صديق (2005)، ودراسة سيد الجارحي (2004)، ودراسة أميرة بخش (2002)، ودراسة محمد علي (2008).

3- اتّفقت معظم الدراسات على أهمية استخدام أساليب التعزيز المختلفة مع الأطفال أثناء وبعد انجاز مهامهم وعلى أساليب التقليد والنمذجة ولعب الدور وغيرها من الفنيات المستخدمة، وهذا يتفق مع دراسات عدة كدراسة كريستينا Christina (2006)، ودراسة أندريا Andrea (2005).

4- أكدت العديد من الدراسات أهمية إشراك الأقران في تطبيق البرامج التربوية المعدّة، كدراسة جويندولين Gwendolyn (2008)، ودراسة جينيفر وكريستين Jennifer & Kristen (2007)، ودراسة جاريسون Garrison (1997)، ودراسة هارينك Haring (1992)، ودراسة كامبس Kamps (1992).

5- ركزت معظم الدراسات على استخدام القصص الاجتماعية المتنوعة وعلى استخدام شرائط الفيديو والتي تحتوي على صور تعبر عن العديد من المواقف الاجتماعية المراد تعليمها، كدراسة كاثرين Kathleen (2006)، ودراسة دوروثي Dorothy (2011)، ودراسة بيلي وداون Baily & Dawn (2010).

6- أكدت العديد من الدراسات على أهمية أنشطة وقت الفراغ والألعاب الجماعية والقصص والأناشيد الاجتماعية، حيث أظهر أطفال عينة الدراسة قدرة جيدة على التفاعل مع الأنشطة الفنية والموسيقية

والاجتماعية والرياضية، وهذا يتفق مع العديد من الدراسات كدراسة شور Shore (2002)، ودراسة يو Yeaw (2001)، ودراسة أوسبورن Osbourn (2004)، حيث أظهرت هذه الدراسات الأثر الكبير للموسيقى في زيادة التفاعلات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال، وزادت لغتهم التعبيرية اللفظية وغير اللفظية الاجتماعية.

7- أكدت العديد من الدراسات أهمية الموسيقا في زيادة التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال، كدراسة osbourn,2004.

8- اتفقت معظم الدراسات على أهمية التواصل باستخدام الصور، كدراسة ودراسة Sue, Teresa web (1999).

9- بالرغم من اختلاف البرامج التربوية في فلسفتها وأسسها النظرية إلا أنها أجمعت على تحقيق تقدم واضح لدى أطفال التوحد في مجال التفاعل الاجتماعي وازدياد عدد السلوكات المناسبة.

ما استفادت منه الباحثة من الدراسات السابقة:

1- الاطلاع على المنهجية العلمية المستخدمة واختيار ما يناسب طبيعة الدراسة الحالية.
2- التعرف على أحدث الوسائل والأنشطة المستخدمة لتحسين التفاعل الاجتماعي والمقاييس المعدة لهم.
3- الاطلاع على أكثر الفنيات ملائمةً لفئة التوحد والتي تفيد في زيادة التفاعلات الاجتماعية.
4- الاطلاع على نتائج الدراسات السابقة ومقارنتها بالنتائج التي تم الوصول اليها في الدراسة الحالية.

مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

1- تتشابه الدراسة الحالية في بعض خطواتها مع العديد من الدراسات السابقة في منهجيتها والوسائل المستخدمة وفي اعتمادها على بعض البرامج العالمية، في حين تختلف عنها في نقاط أخرى كمجتمع الدراسة والعينة والبرنامج من حيث (أهدافه وخطواته وجلساته) والاعتماد على مقياس للتفاعل الاجتماعي وكذلك مقياس جيليام التشخيصي، كذلك تختلف في التركيز على أبعاد للتفاعل الاجتماعي لم يتم تناولها في الدراسات السابقة.

2- تتشابه الدراسة الحالية مع معظم الدراسات السابقة في تصميم وتطوير برنامج تدريبي سلوكي بهدف تدريب أطفال التوحد على تنمية المهارات الاجتماعية المختلفة من أجل التحسن في التفاعل الاجتماعي، كدراسة محمد (2002)، ودراسة الشيخ ذيب (2004)، ودراسة بن صديق (2005)،

ودراسة Koegel,frea (1993)، ودراسة Ball (1996)، ودراسة Christina wahlen (2006)، ودراسة Cynthia marie (2000).

3- اتفقت الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة على أهمية الأنشطة المتنوعة في التدريب على المهارات الاجتماعية، لأن ذلك يسهم إلى حدٍ كبير في زيادة التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد، وأن تدريب أطفال التوحد على المهارات الاجتماعية باستخدام الأنشطة المتنوعة يحسن من التفاعل الاجتماعي لديهم، وتختلف الدراسة الحالية بنوعية الأنشطة المستخدمة حيث تمّ استخدام أنشطة متنوعة فنية وحركية واجتماعية وتعليمية في حين ركزت معظم الدراسات على استخدام نوع واحد من النشاط، كدراسة عادل عبدالله (2002)، ودراسة Dorothy (2011)، ودراسة Kathleen (2006)، ودراسة Baily dawn (2010).

4- بينما تنفرد الدراسة الحالية في اعتمادها على أنشطة وفنيات متنوعة عديدة لزيادة التفاعلات الاجتماعية ،كما تتميز بتركيزها على تحسين التفاعل الاجتماعي بحد ذاته دون ربطه بموضوعات أخرى لأهميته ولكونه المحور الأساسي لأي تكيف بناء شخصي أو مع الوسط الاجتماعي .

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

مقدمة

أولاً – منهج الدراسة

ثانياً – متغيرات الدراسة

ثالثاً – المجتمع الأصلي للدراسة

رابعاً – عينة الدراسة

خامساً – أدوات الدراسة

سادساً – البرنامج التدريبي

سابعاً – حدود الدراسة

ثامناً– الأساليب الإحصائية

مقدمة:

يتضمن الفصل الحالي الخطوات التي تمّ إتباعها من أجل إعداد الأدوات اللازمة للقياس واختيار عينة البحث اللازمة، كما شمل توضيحاً مفصلاً للبرنامج التدريبي المستخدم من حيث (أهدافه، أهميته، أسسه، خطواته، فنياته، إجراءات تطبيقه).

أولاً – منـهج الدراسة:

استلزمت طبيعة الدراسة وأهدافها استخدام المنهج شبه التجريبي، حيث يستخدم هذا النوع من المناهج شبه التجريبية عندما لا تستطيع الدراسة ضبط متحولاتها ضبطاً مطلقاً.

إن المخطط شبه التجريبي يوفر بديلاً للمخططات التجريبية من حيث أنه يمكن تطبيقه على مواقف ميدانية فقد تمّ اتخاذ المنهج شبه التجريبي لدراسة فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد حيث اعتمدت الباحثة على اتخاذ التصميم ذي المجموعتين: المجموعة التجريبية (Experimental Group) والمجموعة الضابطة (Control Group)، وتمّ إجراء كلٍ من القياس القبلي والقياس البعدي لكلتا المجموعتين بعد تكافؤهما في درجة التوحد ودرجة التفاعل الاجتماعي، بعد ذلك قامت الباحثة بتدريب المجموعة التجريبية على البرنامج التدريبي السلوكي المقترح، في حين لم تتلقَ المجموعة الضابطة أي تدريب، وبعد الانتهاء من التدريب تمّ إجراء القياس البعدي على كلتا المجموعتين ومقارنة نتائج المجموعة التجريبية بنتائج المجموعة الضابطة.

ثانياً – متغيرات الدراسة:

- المتغير المستقل: وهو البرنامج التدريبي المقترح المكون من جلسات تدريبية تتضمن العدد من الأنشطة والفنيات المتنوعة والمطبقة على أفراد المجموعة التجريبية.
- المتغير التابع: وهو التغير الحاصل في درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي ،وذلك من خلال مقارنة درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة قبل تطبق البرنامج بدرجاتهم بعد تطبيقه لمعرفة مقدار التغير الحاصل لدى المجموعتين .

ثالثاً – المجتمع الأصلي للدراسة:

تألّف المجتمع الأصلي للدراسة من جميع الأطفال التوحديين الموجودين في مركز الرجاء والنور وجمعية الطفل والحياة في مدينة حلب والبالغ عددهم آنذاك (48) طفلاً توحدياً من فئات عمرية مختلفة، والجدول الآتي يوضح توزّع أفراد المجتمع الأصلي:

جدول (1): يبين توزع أفراد المجتمع الأصلي

اسم المركز	ذكور	إناث	المجموع
مركز الرجاء والنور	26	6	32
جمعية الطفل والحياة	12	4	16
المجموع الكلي	38	10	48

وتسوغ الباحثة سبب اختيار مركز الرجاء والنور لتطبيق البرنامج إلى أنه المركز الوحيد في مدينة حلب الذي يضم هذه الأعداد الكافية من الأطفال التوحديين ولأنه قريبٌ من مكان إقامة الباحثة مما يسهل عليها تطبيق البرنامج ومتابعة خطواته وإجراء التعديلات، اضافةً الى تعاون العاملين مع الباحثة لتطبيق البرنامج.

رابعاً – عينة الدراسة:

تمّ اختيار عينة الدراسة وفقاً للخطوات الآتية:

1- توجهت الباحثة إلى مركز الرجاء والنور وجمعية الطفل والحياة وحصلت على قائمة بأعداد الأطفال الموجودين في المركزين وبلغ عددهم (48) طفلاً توحدياً.

2- تمّ الحصول على درجات الأطفال على المقاييس التي تمّ استخدامها في التشخيص وهي مقياس (ABC) والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV).

3- تمّ اختيار الأطفال استناداً إلى الشروط الآتية:

- أن يتراوح عمر الطفل بين (6–8) سنوات، وتسوغ الباحثة سبب اختيار هذا العمر لعدة أسباب منها:

1) ان معظم الأطفال المتواجدون في المركز تتراوح أعمارهم بين (6–9) سنوات أما باقي الأطفال دون عمر (6) سنوات فيخضعون لجلسات انفرادية لعدم تواجد قسم خاص بالتدخل المبكر في جميع المراكز.

2) أثناء تصميم البرنامج تم اختيار الأنشطة التي تتوافق مع عمر (6–8) سنوات، كنشاط كرة السلة وانتظار الدور والرسم الحر، في حين يتم التركيز لدى أطفال التدخل المبكر على المهارات الأساسية باستخدام أنشطة سهلة وبسيطة، وبذلك تم استبعاد (4) أطفال لا ينطبق عليهم شرط العمر فبلغ عددهم (44) طفلاً.

- أن لا يعاني الطفل من أية إعاقة أخرى، ولتحقيق هذا الشرط تمّ العودة إلى السجلات الطبية في المركز، وبناءً على ذلك تم استبعاد طفل يعاني من إعاقات أخرى وهي (إعاقة جسدية) وبذلك بلغ عددهم (43) طفلاً.
- أن تكون درجة التوحد لدى الطفل متوسطة، حيث تم تطبيق مقياس جيليام لتشخيص التوحد وذلك بهدف التأكد من التشخيص وتحديد درجة التوحد، وبناءً على ذلك تمّ استبعاد طفلاً لديه درجة شديدة من التوحد فأصبحت العينة (42) طفلاً.
- أن يكون الطفل من الأطفال المتواجدين بشكلٍ دائم في نفس المركز.
- وبناء على ماتم ذكره ، تمّ اختيار (12) طفلاً توحدياً من مركز الرجاء والنور (عينة الدراسة) وذلك لقربه من سكن الباحثة وتعاون العاملين في المركز ولتواجد الأطفال في نفس المركز، وتمّ تقسيم الأطفال إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية وتضم (6) أطفال ومجموعة ضابطة وتضم (6) أطفال أيضاً.
- أما بقية الأطفال والبالغ عددهم (30) طفلاً تمّ استخدامهم كعينة صدق وثبات من مركز الرجاء والنور وجمعية الطفل والحياة،و(6) أطفال تم استخدامهم كعينة استطلاعية، ويمكن أن نجمل جميع العينات بالجدول التالي :

جدول(2): يبين توزع أفراد عينات الدراسة

العينة	الذكور	الاناث	المجموع	المركز
عينة الدراسة	12		12	مركز الرجاء والنور
عينة الصدق والثبات	18	6	24	مركز الرجاء والنور وجمعيةالطفل والحياة
العينة الاستطلاعية	6		6	مركز الرجاء والنور

خامساً- أدوات الدراسة:

تمّ استخدام الأدوات التالية:

(1)- مقياس جيليام لتشخيص التوحد (2007):

1- قامت الباحثة بترجمة النسخة المعدلة من المقياس (2007)، حيث تمّ عرض المقياس على أساتذة متخصصين في اللغة الانجليزية والعربية.

2- يتألف المقياس من قائمة سلوكية تهدف إلى تشخيص التوحد وتحديد درجته (ملحق 4)، ويتكون من (42) بنداً تندرج تحت أبعاد فرعية تصف سلوكات محددة وملحوظة ويمكن قياسها، ومن (14) بنداً إضافياً يقدم للآباء من خلالها معلومات عن نمط أبنائهم خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، وتقوم بنود المقياس على أكثر التعريفات حداثةً لمفهوم التوحد.

3- وقد تمّ تطبيق النسخة الأولى من المقياس عام 1995 على (1092) شخصاً يعانون من التوحد في (46) ولاية أمريكية بالإضافة إلى كولومبيا وكندا وبورتوريكو، وتمّ إعداد الصورة المنقحة والمحدثة له عام 2007، حيث تمّ تطبيقها على (2412) طفلاً توحدياً في عدة ولايات أمريكية. ويمكن الإجابة على المقياس بواسطة الوالدين والمختصين في المنزل والمدرسة، ويناسب الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين (3–21) سنة، كما يمكن الإجابة عليه خلال فترة زمنية تتراوح بين (5–10) دقائق.

ويتكون المقياس من ثلاثة أبعاد فرعية، ويتكون كلٌ منها من (14) بنداً، ويصف كل بعدٍ نمطاً معيناً من السلوكات المميزة للتوحد.

- **البعد الأول:** السلوكات النمطية (Stereo Typed Behaviors)، ويتكون من البنود (1–14) وتصف بنود هذا البعد السلوكات النمطية والاضطرابات الحركية وغيرها من السلوكات الغريبة والفريدة.
- **البعد الثاني:** التواصل (Communication)، ويتكون من البنود (15–28) وتصف السلوكات اللفظية وغير اللفظية التي تعدّ أعراضاً مميزة للتوحد.
- **البعد الثالث:** التفاعل الاجتماعي (Social Interaction)، ويتكون من البنود (29–42) وتقيّم بنود هذا البعد قدرة المفحوص على التفاعل الصحيح مع الناس والأحداث والأشياء.

ويمكن للمختبِر أن يلاحظ معدل حدة التوحد الذي تتراوح فيه درجة المفحوص بين (منخفض إلى متوسط إلى مرتفع)، ومن خلال مقارنة درجات المفحوص بدرجات العينة المعيارية التي تتضمن أشخاصاً تمّ تشخيصهم على أنهم توحديون يمكن للمختبِر أن يقدّر احتمال أن يكون المفحوص توحدياً ومدى شدة اضطرابه السلوكي.

4- وقد قام كلٌ من محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة حسن بترجمة النسخة الأولى من المقياس لعام 1995 وتقنينه على البيئة المصرية، فبلغت عينات الأطفال كما يلي:

- عينة الأطفال التوحديين وعددهم (32) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (5–14) سنة بمتوسط (9,7) وانحراف معياري (2,8).
- عينة الأطفال المتخلفين عقلياً وعددهم (40) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (6–15) سنة.

- عينة الأطفال المتأخرين دراسياً وعددهم (29) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (8–11) سنة.

وتشير البيانات المستمدّة من تطبيق المقياس في البيئة المصرية إلى تمتعه بدرجة مناسبة من الصدق ومن ثمّ قدرته على التمييز بين التوحديين وغير التوحديين، حيث تمّ إيجاد صدق المحتوى والاتساق الداخلي وصدق المحكّ والصدق التمييزي، وتم حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق وألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، وكانت المؤشرات جيدة على ثبات المقياس بأكثر من طريقة.

5- وقد قامت الباحثة بعد ترجمة وتنقيح المقياس (النسخة المعدلة لعام 2007)، بحساب الخصائص السيكومترية له كما يلي:

1) صدق المقياس:

تمّ استخدام عدة أنواع للصدق كما يلي:

1- صدق المحتوى (المحكمين):

تمّ عرض الصورة المترجمة من المقياس على مجموعة من أساتذة التربية الخاصة والإحصاء والصحة النفسية والإرشاد وعلم النفس (ملحق 5)، وذلك بهدف الحكم على ما يلي:

- مدى وضوح ودقة العبارات.
- مدى مناسبة العبارات لأطفال التوحد.
- مدى انتماء العبارة للبعد الذي تنتمي إليه.
- عدد العبارات التي تنتمي لكل بعد.

وقد تمّ إجراء التعديلات المقترحة من قبل المحكمين والمتفق عليها بنسبة لا تقل عن (90%)، واقترح بعض السادة المحكمين تعديل الصياغة اللغوية لبعض العبارات لتصبح أكثر وضوحاً وأسهل تطبيقاً من قبل المشرفين والقائمين على الرعاية.

2- الصدق التقاربي:

لحساب الصدق التقاربي للمقياس، تمّ حساب معامل ارتباط المصحح (يُحسب من درجة ارتباط المفردة ببعدها بعد حذف درجة المفردة)، والجدول الآتي يوضح ما ذكرناه سابقاً:

جدول(3): يبين قيم ارتباط المفردة ببعدها وارتباطها بالأبعاد الأخرى على مقياس جيليام للتوحد

البعد الأول: السلوكيات النمطية				البعد الثاني: التواصل				البعد الثالث: التفاعل الاجتماعي			
السؤال	ارتباط المفردة ببعدها	ارتباط المفردة بالبعد الثاني	ارتباط المفردة بالبعد الثالث	السؤال	ارتباط المفردة ببعدها	ارتباط المفردة بالبعد الأول	ارتباط المفردة بالبعد الثالث	السؤال	ارتباط المفردة ببعدها	ارتباط المفردة بالبعد الأول	ارتباط المفردة بالبعد الثاني
1	0,710	0,122	0,276	**15**	0,350	0,17	0,110	**29**	0,76	0,251	0,1892
2	0,376	0,55	0,271	**16**	0,559	0,168	0,297	**30**	0,571	0,112	0,123
3	0,540	0,370	0,11	**17**	0,662	0,171	0,134	**31**	0,761	0,263	0,127
4	0,450	0,170	0,282	**18**	0,778	0,212	0,064	**32**	0,364	0,238	0,138
5	0,688	0,471	0,300	**19**	0,835	0,123	0,073	**33**	0,898	0134	0,217
6	0,634	0,521	0,039	**20**	0,440	0,273	0,30	**34**	0,819	0,105	0,181
7	0,529	0,341	0,347	**21**	0,367	0,105	0,152	**35**	0,416	0,225	0,286
8	0,681	0,017	0,106	**22**	0,567	0,112	0,192	**36**	0,661	0,049	0,185
9	0,622	0,327	0,368	**23**	0,526	0,478	0,373	**37**	0,779	0,299	0,494
10	0,795	0,116	0,338	**24**	0,650	0,373	0,161	**38**	0,746	0,325	0,356
11	0,871	0,293	0,060	**25**	0,425	0,175	0,264	**39**	0,829	0,149	0,034
12	0,518	0,216	0,312	**26**	0,623	0,140	0,171	**40**	0,897	0,000	0,471
13	0,488	0,533	0,468	**27**	0,612	0,42	0,432	**41**	0,188	0,27	0,465
14	0,428	0,793	0,663	**28**	0,863	0,252	0,325	**42**	0,972	0,26	0,380

فبالنسبة لبعد السلوكات النمطية كانت أعلى قيمة ارتباط (0,871) وهي للسؤال الحادي عشر وأقل قيمة ارتباط (0,376) وهي للسؤال الثاني، وبالنسبة لبعد التواصل كانت أعلى قيمة ارتباط (0,86) وهي للسؤال الثامن والعشرين وأقل قيمة ارتباط (0,350) وهي للسؤال الخامس عشر، أما في بعد التفاعل الاجتماعي فكانت أعلى قيمة ارتباط (0,972) وهي للسؤال الثاني و الأربعين وأقل قيمة ارتباط (0,188) وهي للسؤال الحادي والأربعين، وبذلك تبين من خلال حساب قيم ارتباط المفردات بأبعادها الثلاثة أن ارتباطها جيد وذات قيم مرتفعة، مما يدل على أن المقياس ذو صدق تقاربي جيد.

3- الصدق التمييزي:

يعدّ تمييز الأشخاص التوحديين عن غيرهم من ذوي الاضطرابات الأخرى من أهم أهداف مقياس جيليام لتشخيص التوحد، وللتحقق من القدرة التمييزية للمقياس فقد تمّ تطبيقه على (12) طفلاً من المعوقين عقلياً و(24) طفلاً من أطفال التوحد، ثم تمت مقارنة درجات أطفال المجموعتين، ويوضح الجدول الأتي ما ذكرناه سابقاً:

جدول (4): يبين الفروق بين مجموعتي التوحد والإعاقة العقلية على مقياس جيليام

المجموعة	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	درجة الحرية	قيمة U	الدلالة	القرار
الإعاقة العقلية	12	24,000	34	0,000	0,002	دال
التوحد	24	71,750	33,945			

من خلال الجدول السابق نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) لصالح مجموعة التوحد والتي بلغ متوسطها الحسابي (71,75)، في حين بلغ المتوسط الحسابي لمجموعة الإعاقة العقلية (24)، وبلغت قيمة دلالة U (0,005 > 0,002) وهي قيمة دالة إحصائياً، وهكذا يتضح تمتع مقياس جيليام طبقاً للمقارنة بين المجموعتين بقدرة تمييزية جيدة تمكّنه من التمييز بين التوحد والإعاقة الذهنية، حيث كانت الفروق دالة إحصائياً لصالح التوحد.

2) الثبات:

تمّ حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة الثبات بالإعادة، حيث تمّ تطبيق المقياس على عينة من الأطفال التوحديين بلغ عددهم (24) طفلاً، ثم تمت إعادة التطبيق على العينة ذاتها بعد مرور أسبوعين، ثم تمّ حساب معامل الارتباط بيرسون بين التطبيقين، ويوضح الجدول الآتي ما ذكرناه سابقاً:

جدول (5): يبين قيم معاملات الثبات لمقياس جيليام بطريقة الإعادة

الأبعاد	معامل الارتباط	الدلالة	القرار
السلوكات النمطية	0,56	0,01	دال
التواصل	0,62	0,01	دال
التفاعل الاجتماعي	0,74	0,01	دال
الدرجة الكلية	0,75	0,01	دال

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن قيم معامل الثبات بطريقة الإعادة لأبعاد المقياس تراوحت بين (0,56-0,75) وهي معاملات دالة إحصائياً وتدل على أن المقياس يتمتع بمستوى جيد من الثبات.

(2)- مقياس التفاعلات الاجتماعية (إعداد الدكتور عادل عبد الله محمد):

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال التي تتمّ خارج المنزل حسب ما تعكسه درجاتهم على المقياس، ويتألف هذا المقياس من (32) عبارة تتوزع على ثلاثة أبعاد (ملحق 3)، وهي:

1- **الاهتمام الاجتماعي:** ويعني الانشغال بالآخرين والسرور لوجوده معهم ووجودهم معه والعمل جاهداً على جذب انتباههم واهتمامهم به ومشاركتهم انفعالياً.

2- **التواصل الاجتماعي:** ويعني القدرة على إقامة علاقات جيدة وصداقات مع الآخرين والحفاظ عليها والاتصال الدائم بهم ومراعاة قواعد الذوق الاجتماعي العام في التفاعل معهم.

3- **الإقبال الاجتماعي:** ويعني إقبال الطفل على الآخرين وتحركه نحوهم وحرصه على التعاون معهم والاتصال بهم والتواجد بينهم.

يوجد أمام كل عبارة ثلاثة اختيارات هي (نعم، أحياناً، أبداً) تحصل على الدرجات (2،1،0) على التوالي باستثناء بعض العبارات السلبية وعددها (12) عبارة فتحصل على الدرجات (0،1،2)، ويحصل المفحوص على درجة مستقلة في كل بعد من تلك التي يتضمنها المقياس، كما يحصل على درجة كلية في المقياس عن طريق جمع درجاته في الأبعاد الثلاثة، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (0-64) درجة حيث تدل الدرجة المرتفعة على مستوى مرتفع للتفاعلات الاجتماعية، والعكس صحيح.

وللتأكد من صدق المقياس وثباته قام الدكتور عادل عبد الله بتطبيقه على مجموعة من الأطفال التوحديين (ن=13) وإعادة تطبيقه عليهم مرة أخرى بعد مرور ثلاثة أسابيع، حيث بلغت قيمة معامل الثبات (0,751)، وباستخدام مقياس السلوك الانسحابي الذي أعده الدكتور كمحكّ خارجي بلغت قيمة معامل الصدق (0,771).

وقد قامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس كما يلي:

1) صدق المقياس:

تم حساب الصدق بالطرق الآتية:

1- صدق المحتوى (المحكمين):

تمّ عرض المقياس على مجموعة من أساتذة التربية الخاصة والإحصاء وأساتذة الصحة النفسية والقياس والتقويم (ملحق 5)، وذلك بهدف الحكم على المقياس من حيث:

- انتماء كل عبارة إلى البعد الخاص بها.
- مدى مناسبة الأسئلة لعينة الدراسة.
- مدى وضوح ودقة صياغة العبارات.

وقد قدم بعض المحكّمون مجموعة من الاقتراحات والتعديلات كما يلي:

- تعديل بعض العبارات لتصبح أكثر وضوحاً، وهي :

- العبارة رقم (15) حيث كانت: (عندما يتحدث مع أحد أقرانه فانه يهرب من منتصف المحادثة)، وأصبحت بعد التعديل: (لا يبادر بإجراء حوار مع أقرانه وان فعل ذلك فلا يكمله).

- والعبارة رقم (16) حيث كانت: (لا يستطيع القيام بالتواصل البصري حيث لا ينظر في عيني من يتحدث إليه)، وأصبحت بعد التعديل: (يتجنب التواصل البصري بكافة أشكاله).

- تعديل كلمة الخيار (مطلقاً) إلى كلمة أبداً.

وتمّ الإبقاء على جميع العبارات التي تم الاتفاق عليها من قبل المحكّمين بنسبة لا تقل عن (90%)، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الصدق الظاهري.

2- الصدق التقاربي:

تم حساب الصدق التقاربي لمقياس التفاعل الاجتماعي من خلال حساب درجة ارتباط المفردة ببُعدها بعد حذف درجة سؤال المفردة، ويوضح الجدول التالي ما ذكرناه:

جدول (6): يبين قيم ارتباط المفردة ببعدها على مقياس التفاعل الاجتماعي

السؤال	ارتباط المفردة ببعدها	السؤال	ارتباط المفردة ببعدها
1	0,643	17	0,832
2	0,626	18	0,423
3	0,83	19	0,780
4	0,345	20	0,226
5	0,599	21	0,175
6	0,569	22	0,22
7	0,430	23	0,384
8	0,610	24	0,531
9	0,536	25	0,527
10	0,427	26	0,520
11	0,375	27	0,54
12	0,488	28	0,887
13	0,703	29	0,887
14	0,448	30	0,761
15	0,557	31	0,715
16	0,398	32	0,662

فبالنسبة لبُعد التفاعل الاجتماعي كانت أعلى قيمة ارتباط (0,887) وهي للسؤال التاسع والعشرين وأقل قيمة ارتباط (0,22) وهي للسؤال الثاني والعشرين، وبالنسبة لبعد الاهتمام الاجتماعي كانت أعلى قيمة ارتباط (0,761) وهي للسؤال الثلاثين وأقل قيمة ارتباط (0,175) وهي للسؤال الحادي والعشرين، أما بالنسبة لبُعد التواصل الاجتماعي فكانت أعلى قيمة ارتباط (0,715) وهي للسؤال الحادي والثلاثين وأقل قيمة ارتباط (0,226) وهي للسؤال العشرين، وبذلك تبين من خلال حساب درجات ارتباط المفردات بأبعادها الثلاثة أن ارتباطها جيد وذات قيم مرتفعة، مما يدل على أن المقياس ذو صدق تقاربي جيد.

2) الثبات:

للتحقق من ثبات المقياس، تمّ تطبيق المقياس على عينة من أطفال التوحد بلغ عددهم (24) طفلاً توحدياً، وبعد أسبوعين من التطبيق الأول تم إعادة تطبيق نفس الاختبار على نفس العينة، ثم تمّ حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات التطبيقين، ويوضح الجدول التالي ما ذكرناه سابقاً:

جدول (7): يبين قيم معاملات الثبات لمقياس التفاعل الاجتماعي بطريقة الإعادة

الأبعاد	معامل الارتباط	الدلالة	القرار
الاهتمام الاجتماعي	0,62	0,01	دال
التواصل الاجتماعي	0,68	0,01	دال
الإقبال الاجتماعي	0,56	0,01	دال
الدرجة الكلية	0,73	0,01	دال

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن دلالة معامل الارتباط قد بلغ (0,73) وهي نسبة دالة إحصائياً، مما يدل على تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات والاستقرار.

وبعد التأكد من صدق وثبات المقياسين تمّ التحقق من تكافؤ المجموعتين (الضابطة والتجريبية) كما يلي:

1) التكافؤ في درجة التوحد:

للتأكد من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في درجة التوحد ، إضافةً لما هو مطبّق في المركز، تمّ تطبيق مقياس جيليام لتشخيص التوحد بعد حساب الخصائص السيكومترية له على أطفال المجموعتين ويوضح الملحق رقم (12) درجات أطفال المجموعتين على مقياس جيليام للتوحد، ثم تم استخدام الاختبار

الإحصائي اللابارامتري مان وتني Mann Whitny Test لتقدير دلالة الفروق بين المجموعتين، والجدول الآتي يوضح النتائج التي تمّ التوصل إليها.

جدول (8): يبين التكافؤ بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في درجة التوحد حسب مقياس جيليام التشخيصي

الأبعاد	القياس القبلي						قيمة U	قيمةZ	الدلالة	القرار
	المجموعة الضابطة			المجموعة التجريبية						
	المتوسط الحسابي م	متوسط الرتب	مجموع الرتب	المتوسط الحسابي م	متوسط الرتب	مجموع الرتب				
السلوكيات النمطية	24,83	7,17	43	24,16	5,83	35	14	0,643	0,520	غير دال
التواصل	25,16	6,42	38,50	25	6,58	39,50	17,50	0.081	0,936	غير دال
التفاعل الاجتماعي	24,33	6,33	38	24,33	6,67	40	17	0,162	0,872	غير دال
الدرجة الكلية	74,32	7	42	73,49	6	36	15	0,483	0,629	غير دال

نلاحظ من خلال التحليل الإحصائي لقيم اختبار مان وتني لدلالة الفروق بين المجموعتين بأن القيمة الاحتمالية ومستوى الدلالة للدرجة الكلية للمقياس وجميع أبعاده الفرعية كانت أكبر من قيمة مستوى الدلالة الافتراضي (0,05)، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي مما يدل على تكافؤ المجموعتين في درجة التوحد.

2) التكافؤ في درجة التفاعل الاجتماعي:

للتحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في التفاعل الاجتماعي، تمّ تطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي على المجموعتين ، ويوضح الملحق رقم (9) درجات أطفال المجموعتين على مقياس التفاعل

الاجتماعي ثم تمّ تحليل النتائج باستخدام اختبار مان وتني، والجدول الآتي يوضح النتائج التي تمّ التوصل إليها.

جدول (9): يبين التكافؤ بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في درجة التفاعل الاجتماعي

الأبعاد	القياس القبلي						قيمة U	قيمةZ	الدلالة	القرار
	المجموعة الضابطة			المجموعة التجريبية						
	المتوسط الحسابي م	متوسط الرتب	مجموع الرتب	المتوسط الحسابي م	متوسط الرتب	مجموع الرتب				
الاهتمام الاجتماعي	3,33	6,50	39	3,33	6,50	39	18	0,000	1,000	غير دال
التواصل الاجتماعي	4	6,50	39	4	6,50	39	18	0,000	1,000	غير دال
الإقبال الاجتماعي	3,66	6,92	41,50	3,5	6,08	36,50	15,50	0,45	0,652	غير دال
الدرجة الكلية	11	6,58	39,50	10,83	6,42	38,50	17,50	0,082	0,935	غير دال

نلاحظ من خلال التحليل الإحصائي لقيم اختبار مان وتني لدلالة الفروق بين المجموعتين بأن القيمة الاحتمالية ومستوى الدلالة للدرجة الكلية للمقياس وجميع أبعاده الفرعية كانت أكبر من قيمة مستوى الدلالة الافتراضي (0,05)، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي مما يدل على تكافؤ المجموعتين في درجة التفاعل الاجتماعي.

سادساً – البرنامج التدريبي:

6-1- خطوات تصميم البرنامج:

مرّ تصميم البرنامج المقترح في الدراسة الحالية بمجموعة من الخطوات وهي:

6-1-1- القراءة بعمق في مجال رعاية أطفال التوحد وتعديل سلوكياتهم والتعرف على خصائص هذه الفئة والوسائل والأساليب الملائمة لهم.

6-1-2- عقد زيارات لبعض المراكز الخاصة بفئة التوحد في مدينة حلب وذلك للوقوف على:

1- إمكانية تطبيق البرنامج السلوكي المقترح في المدارس الخاصة بالتوحد.

2- ملاحظة الباحثة المباشرة لمجموعة من الأطفال التوحديين من خلال الزيارات الميدانية الفردية لأُسَر هؤلاء الأطفال.

3- مقدار التعاون المتوقع من المعلمين والمشرفين ومعرفة بعض البيانات والمعلومات الخاصة بهذه الفئة والتي قد تفيد في إعداد البرنامج.

4- الإمكانات المادية للمدارس مثل (الأدوات، الصور، مقاعد الدراسة).

6-1-3- الاطلاع على العديد من النظريات في مجال تعديل سلوكات الأطفال المصابين بالتوحد، واعتماد نظرية الاشراط الإجرائي ونظرية التعليم الاجتماعي كأساس نظري للبرنامج.

- **نظرية الاشراط الإجرائي Operant Approach:**

ويعتمد المبدأ الرئيسي في هذه النظرية على تحديد الأحداث السابقة والنتائج للسلوك والتعريف الإجرائي للسلوكات المستهدفة حتى تعزّز أو تُعاقَب (المجموعة الاستشارية النفسية أ، 2008، ص78)

وتعد من أفضل النظريات التي أوضحت فاعليتها في تعديل السلوكات غير المقبولة من خلال مكافأة السلوك الجيد وتجاهل السلوكات الأخرى غير المقبولة، واكتساب المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل ورعاية الذات والمهارات المعرفية ،اضافة الى اعتمادها على مبدأ التعزيز في عملية التعلم، ووفقاً لذلك تم الاستفادة من هذه النظرية في اعداد البرنامج الحالي.

- **نظرية التعليم الاجتماعي Social Learning Approach (التعلّم بالملاحظة):**

تعتمد نظرية التعليم الاجتماعي على التدريب على المهارات الاجتماعية والتي تركز بشكل أساسي على استخدام النمذجة ولعب الدور، والمبدأ في ذلك هو أن المهارات الاجتماعية يمكن أن تزداد بشكل ملحوظ من خلال ملاحظة وممارسة سلوكات مقبولة اجتماعياً (المجموعة الاستشارية النفسية ب، 2008، ص91)، ويشير التعلّم بالملاحظة إلى أن معظم السلوك الإنساني متعَلّم بإتباع نموذج أو مثال حيّ وواقعي، فبملاحظة الآخرين تتطور فكرة عن كيفية تكوّن سلوكٍ ما وتساعد المعلومات كدليل أو موجّه لتصرفاتنا الخاصة (بركات، 2009، ص4)، وهو الأساس الذي يقوم عليه البرنامج الحالي.

6-1-4- الاطلاع على عدد من الدراسات السابقة الخاصة بتنمية المهارات الاجتماعية لأطفال التوحد بصفة خاصة، ومنها دراسة غزال (2007)، ودراسة صديق (2005)، ودراسة محمد (2001)، ودراسة بيومي (2008)، ودراسة ذيب (2005)، ودراسة Ozonaffand (2004)، ودراسة Escalona (2002)، ودراسة Jennifer (2007).

6-1-5- الاطلاع على أهم البرامج العالمية في مجال التوحد:

- **برنامج تيتش (TEACCH):**

(Treatment and Education of Autistic and related communication handicapped children)

يركز هذا البرنامج على تأهيل إمكانيات التواصل اللغوي غير اللفظي من خلال عمل انفرادي لتحفيز الفعل الكامن للتواصل اللغوي بتوظيف كل أنواع التواصل من إيماء وحركة ومحاكاة، ولكن الأهم من كل ذلك استخدام التواصل غير اللغوي البصري (صور وبطاقات وأشكال وحجوم تشمل تفاصيل الحياة اليومية) (Witwer, 2005, p56) وهو ماتم اعتماده في البرنامج الحالي.

حيث يتمّ تعليم الأطفال التوحديين من خلال نقاط قوتهم والتي تكمن في إدراكهم البصري وتعويضهم عن نقاط الضعف لديهم والتي هي فهم اللغة والبيئة، ويتمّ ذلك من خلال تنظيم البيئة واستخدام معينات بصرية مثل الصور والكلمات المكتوبة (المجموعة الاستشارية النفسية ج، 2008، ص43).

- **برنامج لوفاس LOVAAS:**

Applied Behavioral Analysis (ABA) (التحليل السلوكي التطبيقي)

يرى أن سلوك الإنسان مكتسَب وظاهر وقابل للقياس، كما تحكمه ضوابط تحدث قبل السلوك أو بعده يمكن التحكم بها، ويركز هذا البرنامج على تنمية مهارات التقليد لدى الطفل واستخدام التعزيز والتعليم من خلال المحاولات المنفصلة لتعديل السلوك المطلوب ،حيث تم استخدام تلك الفنيتين (التعزيز- التقليد) بشكل كبير في البرنامج الالحالي، حيث يركز برنامج لوفاس على السلوك الحالي (السلوك الذي يوصف بأنه سلوك توحدي) للطفل أكثر من التركيز على القضايا التشخيصية، كما أنه يركز على سلوك الطفل الظاهري (Smith, 1996).

- **العلاج بالحياة اليومية Daily Life Therapy (DLT):**

يتم تدريب الأطفال في هذا البرنامج بشكل جماعي، حيث يركز على التدريبات البدنية مضافاً إليها كثير من الموسيقى والدراما (عبد الحليم، 2010).

- **التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills Training (SST):**

يهدف إلى مساعدة الأفراد على التفاعل الاجتماعي من خلال القصص الاجتماعية واللعب الرمزي أو مسرحية درامية، حيث تم استخدام هذه القصص لتحقيق بعض أنشطة البرنامج.

- **برنامج ألبكس:**

(استخدام الصور في التواصل) (Picture Exchange Communication System) (PECS)

حيث حدّدت الباحثة العناصر المشتركة في هذه البرامج التعليمية والتي يمكن الاعتماد عليها في تصميم برنامج لأطفال التوحد، وأبرز هذه العناصر هي:

1- التركيز على اللغة التعبيرية والاستقبالية ومهارات التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل.

2- البيئة التعليمية المنظمة.

3- دور الأسرة الفعال.

4- استخدام التعزيز والتقليد لتعديل السلوك المطلوب.

5- التدريب بشكل جماعي.

6- استخدام الصور كوسيلة أساسية للتواصل، وكذلك القصص الاجتماعية .

7- الاعتماد على الأنشطة المتنوعة لتحقيق الأهداف المطلوبة (رياضية، فنية، فكرية).

6-2- أهمية البرنامج:

أثبتت العديد من الدراسات أهمية البرامج المقدمة لأطفال التوحد التي تهدف إلى تنمية مهاراتهم الاجتماعية لتحقيق قدرٍ كافٍ من التفاعل والتواصل الاجتماعي البنّاء مع أقرانهم والتقليل من حالة العزلة والانسحاب التي يعيشها أفراد هذه الفئة، حيث يمكن تحديد أهمية البرنامج المقترح في النقاط التالية:

- قد يسهم البرنامج التدريبي الحالي في تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي (لدى أطفال فئة التوحد) والتي تتمثل في الإقبال الاجتماعي (المبادأة الاجتماعية) والاهتمام الاجتماعي والتواصل الاجتماعي، مما يؤدي إلى في تحسين وزيادة التفاعلات الاجتماعية البناءة لديهم.
- يمكن أن يسفر البرنامج عن نتائج يستفيد منها العاملون في مجال التربية الخاصة لتحسين التفاعلات الاجتماعية وسبل التواصل لدى أطفال فئة التوحد وذلك من خلال الأنشطة والمقاييس المستخدمة والفنيات الملائمة لهذه الفئة.

6-3- أهداف البرنامج:

- **الهدف العام للبرنامج:**

يهدف البرنامج إلى تحسين التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد في الفئة العمرية بين (6-9) سنوات.

- **الأهداف الفرعية للبرنامج:**

تتلخص الأهداف الفرعية للبرنامج فيما يلي:

1- زيادة الاهتمام الاجتماعي لدى الطفل بالآخرين والانشغال بهم، وتتفرع عنه الأهداف التالية:

- أن يبادر الطفل بإلقاء التحية باليد على رفاقه عند دخوله الصف.
- أن ينتظر الطفل دوره أثناء النشاطات الجماعية.
- أن يقوم الطفل بتحريك يده للوداع عند خروجه من غرفة الصف.
- أن يبتعد الطفل عن السلوك العدواني أثناء اللعب.

2- زيادة القدرة على التواصل الاجتماعي لدى الطفل، وتتفرع عنه الأهداف التالية:

- أن يتواصل الطفل بصرياً عند أداء المهام المطلوب منه تنفيذها.
- أن يستخدم الطفل بعض الكلمات مثل (شكراً، عفواً)، (نعم، لا)، (أهلاً، إلى اللقاء).
- أن يستطيع الطفل التمييز بين التعبيرات الوجهية المختلفة (وجه ضاحك، حزين، غاضب).
- أن يستخدم الطفل الإيماءات والإشارات الاجتماعية (الدالة على التعبيرات السابقة).

3- زيادة الإقبال الاجتماعي لدى الطفل على الآخرين والتحرك نحوهم، وتتفرع عنه الأهداف قصيرة المدى التالية:

- أن يقوم الطفل بإجراء حوار مع أقرانه (سؤال وجواب).
- أن يقدم الطفل المساعدة لرفاقه عندما يُطلب منه ذلك.
- أن يندمج الطفل في مجموعات أنشطة (عمل تعاوني لمدة 15 دقيقة).

6-4- تصميم جلسات البرنامج:

1- تحديد الهدف العام لكل جلسة.

2- تحديد الأهداف الفرعية لكل جلسة.

3- تحديد مكان تطبيق الجلسة.

4- تحديد فنيات الجلسة.

5- تحديد المدة الزمنية اللازمة لتنفيذ كل جلسة.

6- تحديد الوسائل والأدوات.

7- معيار تقويم الجلسة (ملحق (1)).

6-5- الفنيات المستخدمة في البرنامج:

تمّ استخدم مجموعة من الفنيات التي قد تسهم في تحقيق أهداف البرنامج، وفيما يلي عرض توضيحي لهذه الفنيات:

6-5-1- التعزيز:

ينصّ مبدأ التعزيز على أن الإنسان يميل إلى تكرار السلوك الذي يعود عليه بنتائج ايجابية أو يخلّصه من نتائج سلبية (أي فعل يؤدي إلى زيادة حدوث السلوك)، وله نوعان:

1- **التعزيز الايجابي** Positive Reinforcement: إثابة الفرد على السلوك السوي المرغوب، مما يعززه ويدفعه إلى تكرار السلوك المطلوب، ومن أنواع المعززات الايجابية:

- معززات مادية: تدخل ضمنها جميع الأشياء الملموسة التي تكون لها قيمة لدى أطفال التوحد (كالحلوى والمأكولات والمشروبات).

- معززات اجتماعية: وهي مثيرات طبيعية تظهر بالاهتمام والانتباه من خلال الابتسامة والإيماءات بالرأس والرتب على الطفل والتصفيق (نصر، 2001، ص30).

2- **التعزيز السلبي** Negative Reinforcement: هو إزالة مثير ايجابي عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه، ومن أمثلته (حرمان الطفل من المكافأة أو التجاهل أو عدم التصفيق له)، ولكي يكون التعزيز السلبي مفيداً في تعديل السلوك يجب أن يتبع الخطأ مباشرة ويناسب حجم الخطأ الذي ارتكبه الطفل وألاّ يشعر الطفل بالإهانة أو النبذ، ولا يستعمل هذا الأسلوب إلا عند الضرورة) (العبد الله، 2001، ص117).

6-5-2- المعززات الرمزية (الاقتصاد الرمزي):

وهي المعززات التي تكتسب خاصية التعزيز من خلال استبدالها بمعززات مادية، كإعطاء الطفل نجمة مثلاً كلما صدر عنه سلوك مرغوب فيه وتستبدل النجوم إلى معززات مادية ونشاطية يستطيع الطفل من خلالها المشاركة في اللعب، وما يميز هذه المعززات عدم قابليتها للإشباع حيث يستطيع الفرد أن يستبدلها بأشياء مفضلة دائماً (الخطيب، 2003، ص128). وهناك بعض النقاط التي يجب وضعها في الاعتبار عند مكافأة الطفل التوحدي:

- لا أحد يحب العمل بدون مكافأة.
- أن تكون مكافأة الطفل متناسبة مع مستوى رغباته.
- أن تكون المكافأة وسيلة اتصال في البرامج.
- لا بد أن تكون المكافأة أولاً عن طريق الأطعمة المحببة للطفل وبعد ذلك (المداعبة والتصفيق).
- يجب أن تقترن المكافأة الاجتماعية مع المكافأة المادية أولاً ثم يبدأ احتلال المكافأة المادية جزءاً كبيراً وتترك المكافأة الاجتماعية.
- لا بد من تنوع المكافآت كي لا يصبح الطفل مشبعاً بنوع معين (استخدام المكافأة الغذائية في البداية والاجتماعية في النهاية).
- الابتعاد عن سياسة الرشوة مثل (إعطاء الطفل المكافأة عند بكائه) (Whelan, 1999, p180).

6-5-3- التجاهل Ignoring:

هو إبعاد أشكال التقوية والتحفيز للطفل (الانتباه والإثارة) من قبل المحيطين وعدم الاهتمام الظاهر من قبل المحيطين بالطفل للسلوك غير الملائم الذي يصدره (نصر، 2002، ص98).

6-5-4- التلقين اليدوي أو اللفظي:

يقصد به تلك المساعدة البدنية التي تقدمها المعلمة لمساعدة الطفل على أداء المهارة المطلوبة، حيث يستخدم المعلم بعض المهارات الحركية عندما يمسك يد الطفل مثلاً ويوجه حركاته بطريقة تمكّنه من أداء العمل المطلوب منه، وهو يفيد في تعليم التوحديين مهارات جديدة (سليمان، 2000، ص169).

6-5-5- أسلوب النمذجة (التقليد):

تستخدم أساليب التقليد عندما يقوم المعلم بأداء مهارات معينة ويُتوقع من الطفل تقليده في أدائها، حيث يمكن تعليم الطفل التقليد من خلال سلسلة من الخطوات وبمجرد أن يصبح الطفل قادراً على التقليد فيمكن تدريبه على بعض المهارات عن طريق تقليد شخص آخر يؤدي هذه المهارات سواءً كانت لفظية أم حركية (خطاب، 2005، ص107)، ويمكن أن تكون النمذجة حيّة أو مصورة، ففي النمذجة الحيّة يقوم النموذج بتأدية السلوك المطلوب بوجود الطفل المراد تعليمه ذلك السلوك ويطلب منه مراقبة النموذج فقط، أما في النمذجة المصورة فيتم تقديم النموذج من خلال الأفلام (الخطيب، 2003، ص130).

6-6-تحكيم البرنامج:

بعد إعداد البرنامج في صورته النهائية تمّ عرض البرنامج على مجموعة من الأساتذة المختصين في التربية الخاصة والصحة النفسية وعلم النفس (الملحق (5))، وذلك بهدف تحكيم البرنامج من حيث:

- وضوح أهداف البرنامج.
- مدى مناسبة البرنامج لأطفال التوحد.
- مدى مناسبة عدد الجلسات والمدة الزمنية.
- مدى ملاءمة الأنشطة المستخدمة في البرنامج.
- مدى ملاءمة الفنيات المستخدمة في البرنامج.
- مدى ملاءمة الوسائل المستخدمة لتحقيق الأهداف المنشودة.

وقدّم السادة المحكمون مجموعة من التعديلات هي:

- زيادة عدد الجلسات المخصّصة لبعض الأهداف.

- استبدال بعض الفنّيات بفنّيات أخرى مناسبة أكثر للهدف المطلوب تحقيقه، حيث تم استبدال فنية العزل لعدم ملائمتها للأهداف ولعدم توافر المكان المناسب للعزل بفنية التجاهل .

- استبدال بعض الأنشطة لصعوبة تطبيقها من قبل الأطفال،كنشاط الذهاب الى مطعم خارج المركز وتمثيل عملية البيع والشراء في الجلسة رقم(42) ، تم استبدالها بمقصف المركز لصعوبة ضبط الطلاب خارج المركز ولصعوبة تطبيقه مع أفراد غير مألوفين بالنسبة للأطفال .

- زيادة الفترة الزمنية المخصصة لبعض الأهداف.

6-7-التجريب الاستطلاعي للبرنامج:

تمّ تجريب البرنامج بتطبيقه على عينة استطلاعية بلغ عدد أفرادها (6) أطفال توحديين(غير عينة الدراسة)، بهدف التأكد من مناسبة البرنامج من حيث أهدافه وفنياته ووسائله وعدد جلساته وأنشطته للأطفال عينة الدراسة وبالتالي إمكانية تطبيق البرنامج عليها، وسارت التجربة الاستطلاعية وفق الخطوات الآتية:

- قامت الباحثة بتطبيق مقياس التفاعل الاجتماعي كقياس قبلي للأطفال في اللقاء الأول.

- بدأت الباحثة بتطبيق (12) جلسة من جلسات البرنامج، حيث تمّ اختيار الجلسات بشكل متنوع وشامل لكل أهداف البرنامج.

- تمّ القيام بالتطبيق البعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي، وبالتالي استغرق تطبيق التجربة الاستطلاعية (4) أسابيع بواقع (4) جلسات في الأسبوع، وكانت النتائج التي تم التوصل إليها كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (10) :يبين الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة الاستطلاعية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي .

القياس	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة W	قيمة Z	الدلالة	القرار
القبلي	2,50	15	10	2,309	0,01	دال
البعدي	6,50	39				

ويتضح من الجدول وجود فروق دالة بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية في التفاعل الاجتماعي ، وبالرجوع إلى متوسطات درجاتهم في القياسين يتضح حدوث تحسن في القياس البعدي

حيث زاد المتوسط بشكل دال مما يدل على حدوث تحسن في تفاعلهم الاجتماعي ، وهو ما يعني فاعلية هذا البرنامج في تحسين التفاعل الاجتماعي لأفراد العينة الاستطلاعية.

وكانت من أهم نتائج التجربة الاستطلاعية التي سجلت أيضاً:

- سهولة تطبيق الأنشطة المختارة من البرنامج بحيث ساعد الطفل على اكتساب الهدف الكامن وراءها.
- تمّ التعرف على بعض النقاط الصعبة في البرنامج والوقوف عندها وتعديلها.
- تقدير الزمن اللازم لأداء كل جلسة.

أخذت الباحثة هذه التعديلات بالحسبان، وأجرت التعديلات المناسبة حتى أصبح البرنامج جاهزاً للتطبيق بصورته النهائية.

6-8-الوسائل والأنشطة المستخدمة في البرنامج:

تمّ استخدام الموسيقى والقصص في البرنامج كوسيلة لتنمية التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين، وذلك لأن الموسيقى تعدّ من أهم وأفضل الوسائل التي يمكن استخدامها في تنمية التواصل الاجتماعي والمهارات الاجتماعية (عبد الله، 2005).

- الموسيقى:

إن للموسيقى تأثيراً كبيراً في الطفل التوحدي، فقد لوحظ أن الطفل التوحدي يُظهِر حساسية غير عادية للموسيقى، وتساعد كلٌ من الأغاني التي تتضمن كلمات بسيطة وتعبيرات متكررة سواءً بتقليد الكلمات الموجودة في الأغنية نفسها أو تقليد الحركات المصاحبة للأغنية على حدوث تعديل في السلوك (نصر، 2001، ص135).

- القصص الاجتماعية:

هي قصة مكونة من ثلاث جمل أساسية تدل الشخص التوحدي على ما يحصل في أوضاع اجتماعية محددة وتصف الإشارات المهمة التي يتوجب الانتباه إليها والسلوكات المتوقعة (الشامي ج، 2004، ص181).

6-9- مدة تطبيق البرنامج:

استغرق تنفيذ البرنامج (24) أسبوعاً بواقع (4) جلسات أسبوعياً، وبالتالي بلغ عدد الجلسات (96) جلسة، تحتوي كل جلسة على عدد من الأنشطة تبعاً للمهارة ، حيث تراوحت مدة الجلسة بين (30-45) دقيقة.

6-10-إجراءات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة تمّ اتخاذ الإجراءات التالية:

- قامت الباحثة بعقد جلسة إرشادية مع مشرفات الصف والأخصائيين للتعريف بالبرنامج وأهدافه وأنشطته ولتعريفهم بالأدوات المستخدمة وأهمية الإجابة عنها بشكل دقيق للتأكد من مدى فاعلية البرنامج المقترح.
- تمت الاستعانة بأربع مشرفات لتطبيق البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية، حيث خُصّصت مشرفتان لكل ثلاثة أطفال، كما تمت الاستعانة بأخصائية النطق والتخاطب في بعض المواقف.
- الاجتماع مع المعلمين وإدارة المدرسة ومشرفي التربية الفنية والرياضية للتدريب على المقاييس والبرنامج المقترح.

6-11-جدول توضيحي لجلسات البرنامج:

يبين الجدول الآتي عرضاً مختصراً لجلسات البرنامج موضحاً فيها الهدف من الجلسة ومدتها وفنياتها والوسائل المستخدمة لتطبيقها والتقويم المرحلي لكل جلسة من الجلسات للتأكد من تحقيقها

جدول (11): يبين الجلسات التي يتضمنها البرنامج المقترح:

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	مكان تنفيذ الجلسة	مدة الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	التقويم المرحلي
1	خاصة بالقياس القبلي وسيتم فيها تطبيق مقياس جيليام ومقياس التفاعلات الاجتماعية						
2	تثقيف الإداريين والمشرفين بالبرنامج المقترح والدور المتوقع منهم وتوزيع نشرات عن فنيات تعديل السلوك للاستفادة منها						
3	خلق جو تعاون بين الباحثة والأطفال والوقوف على خصائص كل طفل والتعامل معه بشكل مناسب						
4 5 6	الاهتمام الاجتماعي بالآخرين	المبادرة بإلقاء التحية على رفاقه	غرفة الصف	35 د	بطاقات عليها أطفال يتبادلون السلام	التعزيز بأنواعه، النمذجة	استمارة ملاحظة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	مكان تنفيذ الجلسة	مدة الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	التقويم المرحلي
7 8 9	الاهتمام الاجتماعي بالآخرين	المبادرة بإلقاء التحية على رفاقه	غرفة الصف	40 د	كراسة من الصور	التعزيز، النمذجة، القصة الاجتماعية، التلقين اليدوي	استمارة ملاحظة
10 11 12	الاهتمام الاجتماعي بالآخرين	تحريك يده للوداع عند الخروج من الصف	غرفة الحاسب الآلي	40 د	مشاهد فيديو توضح الوداع معروضة على CD	التعزيز بأنواعه، التقليد، التلقين اليدوي	استمارة ملاحظة
13 14	الاهتمام الاجتماعي بالآخرين	تحريك يده للوداع عند الخروج من الصف	غرفة الحاسب الآلي	40 د	مشاهد فيديو توضح الوداع معروضة على CD	التعزيز بأنواعه، التقليد، التلقين اليدوي	استمارة ملاحظة
15 16 17 18	الاهتمام الاجتماعي بالآخرين	انتظار دوره أثناء النشاطات الجماعية	غرفة الأنشطة	40 د	سجاد أحمر، شرائط حمراء، كرة سلة، نجم	التعزيز، النمذجة، التجاهل	استمارة ملاحظة
19 20 21	الاهتمام الاجتماعي بالآخرين	انتظار دوره أثناء النشاطات الجماعية	غرفة الأنشطة	40 د	مكعبات مختلفة الحجم	التعزيز، التلقين، النمذجة	استمارة ملاحظة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	مكان تنفيذ الجلسة	مدة الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	التقويم المرحلي
22 23 24 25	الاهتمام الاجتماعي بالآخرين	انتظار دوره أثناء النشاطات الجماعية	غرفة الأنشطة	30 د	فولار	التعزيز ، النمذجة، الإقصاء	استمارة ملاحظة
26 27 28	الاهتمام الاجتماعي بالآخرين	الابتعاد عن السلوك العدواني	غرفة الأنشطة	35 د	صور متنوعة، طاولة، كراسي	التعزيز الرمزي، النمذجة، لعب الدور	استمارة ملاحظة
29 30 31 32	الاهتمام الاجتماعي بالآخرين	الابتعاد عن السلوك العدواني	غرفة الأنشطة	35 د	كرة قدم، فولارات أحمر وأصفر	التعزيز الرمزي، النمذجة، الإقصاء، التلقين اليدوي	استمارة ملاحظة
33 34 35 36 37	القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين	التواصل البصري عند أداء المهام المطلوب تنفيذها	غرفة الأنشطة	35 د	كرة	التعزيز بأنواعه، لعب الدور	استمارة ملاحظة
38 39 40 41	القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين	استخدام بعض الكلمات	غرفة الأنشطة	40 د	بطاقات عليها صور	النمذجة، التعزيز بأنواعه	استمارة ملاحظة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	مكان تنفيذ الجلسة	مدة الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	التقويم المرحلي
42 43 44 45	القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين	استخدام بعض الكلمات	مقصف المدرسة	45 د	أوراق نقدية، علب عصير وحليب	النمذجة، التعزيز، لعب الدور	استمارة ملاحظة
46 47 48	القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين	التمييز بين التعبيرات الوجهية المختلفة	غرفة الأنشطة	30 د	صور فوتوغرافية	النمذجة، التعزيز بأنواعه	استمارة ملاحظة
49 50 51	القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين	التمييز بين التعبيرات الوجهية المختلفة	غرفة الأنشطة	40 د	أقنعة بتعبيرات مختلفة، قطع كرتونية ملونة مقص	التعزيز، الموسيقا، التجاهل	استمارة ملاحظة
52 53 54 55	القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين	استخدام الإشارات والإيماءات الاجتماعية	غرفة الصف	40 د	صور كرتونية لمواقف معينة	التعزيز النمذجة المكافأة الرمزية	استمارة ملاحظة
56 57 58	القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين	استخدام الإشارات والإيماءات الاجتماعية	غرفة الأنشطة	40 د	عرائس وجوه مختلفة	التعزيز، النمذجة، التلقين اليدوي	استمارة ملاحظة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	مكان تنفيذ الجلسة	مدة الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	التقويم المرحلي
59 60 61	زيادة الإقبال الاجتماعي	تقديم المساعدة للرفاق	غرفة الصف	30 د	صورة كبيرة لحيوان مجزاة وأخرى كاملة	التعزيز، النمذجة، لعب الدور	استمارة ملاحظة
62 63 64	زيادة الإقبال الاجتماعي	تقديم المساعدة للرفاق	حديقة المدرسة	35 د	أحواض من الزهور مجموعة من الزهور جوالين ماء	التعزيز، النمذجة، التلقين اليدوي	استمارة ملاحظة
65 66 67	زيادة الإقبال الاجتماعي	الاندماج في مجموعات	غرفة الصف	25 د	مجموعة من الخرز الملونة	التعزيز، المكافأة الرمزية، التقليد	استمارة ملاحظة
68 69	زيادة الإقبال الاجتماعي	الاندماج في مجموعات	غرفة الأنشطة	30 د	ورق كرتون أقلام رصاص أقلام تلوين	النمذجة، التعزيز الايجابي	استمارة ملاحظة
70 71 72 73	زيادة الإقبال الاجتماعي	الاندماج في مجموعات	غرفة الأنشطة	30 د	سلة كرة سلة	التجاهل، التلقين اليدوي المكافأة المادية التقليد	استمارة ملاحظة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	مكان تنفيذ الجلسة	مدة الجلسة	الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	التقويم المرحلي
74 75 76 77	زيادة الإقبال الاجتماعي	إجراء حوار مع أقرانه	غرفة الصف	45 د	ميكروفونات ملونة طاولة كبيرة	التقليد التعزيز لعب الدور	استمارة ملاحظة
78 79 80 81	زيادة الإقبال الاجتماعي	إجراء حوار مع أقرانه	غرفة الصف	40 د	أجهزة هواتف طاولات كراسي	المكافأة الرمزية التعزيز بأنواعه لعب الدور التلقين اليدوي	استمارة ملاحظة
83-82 85-84	تهدف إلى إعادة التدريب على المهارة الأولى وهي الاهتمام الاجتماعي						
87-86 89-88	تهدف إلى إعادة التدريب على المهارة الثانية وهي زيادة القدرة على التواصل الاجتماعي						
91-90 93-92	تهدف إلى إعادة التدريب على المهارة الثالثة وهي الاقبال الاجتماعي						
95-94 96	تم من خلالها إجراء عمليات التقويم والتطبيق البعدي للأدوات						

وتم شرح جلسات البرنامج بالتفصيل في (الملحق 8).

المتابعة:

سيتم من خلالها متابعة سلوك الطفل اجتماعياً ومدى التغييرات الحاصلة وذلك بعد شهرين من تطبيق البرنامج.

صعوبات تطبيق البرنامج:

- تمّ إجراء بعض التعديلات على البرنامج المقترح، حيث تمت زيادة عدد الجلسات المخصصة لبعض الأهداف لصعوبة تطبيقها واستيعابها من قبل أطفال فئة التوحد ولعدم تدريبهم عليها بشكلٍ مسبق من قبل مشرفي الصف، لذا تمّ إعادة تدريب الأطفال على الجلسات رقم (42 و70) وذلك بمعدل مرتين لكل جلسة.
- في الجلسة رقم (22) تمّ اصطحاب الأطفال إلى حديقة خارج المدرسة مع مجموعة من المشرفات، حيث خُصّص لكل طفلٍ مشرفة خاصة به لصعوبة ضبطهم في الأماكن العامة ولصعوبة السيطرة عليهم خارج المركز.
- في الجلسة رقم (21) تمّ استبدال صورة الحيوان المجزأة إلى صورة كاملة لجسم الإنسان وأخرى مجزأة، لعدم تدريب الأطفال بشكل مسبق من قبل المشرفات للتعرف على أجزاء جسم الإنسان وبالتالي حقّقنا هدفاً إضافياً وهو التعرف على أجزاء الجسم المختلفة.
- في الجلسة رقم (18) تمّ استبدال أكياس الكرتون البيضاء بورق أشغال ملون لعدم توفر الأكياس، حيث قامت المشرفة بمساعدة أطفال الصف بإعداد عدة وجوه بتعبيرات مختلفة وأعطت لكل طفلٍ تعبيراً وجهياً مختلفاً عن الآخر ثم أرفقت هذه التعبيرات بأغنية (النملة والفيل) التي تدرب الأطفال عليها (بشكلٍ مسبق)، فعند قول كلمة (ضحك الفيل) يظهر الطفل التعبير الوجهي الدال على الابتسامة مع إظهارها على الشفاه، وهكذا بالنسبة لباقي التعبيرات الوجهية.
- لم نتمكن من تصوير جميع الأهداف بالفيديو لصعوبة ضبط الأطفال أثناء التصوير ولعدم موافقة المشرفات على تصويرهم.
- غياب بعض الأطفال بشكل متكرر مما أدى إلى تأخير بعض الجلسات حال تواجد الجميع.
- عدم توفر العديد من الوسائل الاجتماعية اللازمة للأنشطة المتنوعة، التي تخدم أهداف البرنامج،كالخرز مثلاً حيث كان الخرز المتواجد في المركز صغير جداً يصعب مسكه، أُستبدال بخرز خاص بذوي الاحتياجات الخاصة تم شراؤه من دار الربيع للوسائل، كذلك الأمر بالنسبة للقصة الاجتماعية حيث كانت

جميع القصص تدور حول العائلة ولا تركز على التفاعل الاجتماعي بحد ذاته لذلك تم استعارتها من مراكز أخرى .

سابعاً – حدود الدراسة:

تظهر حدود الدراسة الحالية فيما يلي:

1- الحدود البشرية: وهي عينة الأطفال التوحديين الذين تمّ اختيارهم من مركز الرجاء والنور في مدينة حلب والبالغ عددهم (12) طفلاً توحدياً.

2- الحدود المكانية: تمت الدراسة في مركز النور والرجاء للتوحد حيث طُبّق البرنامج على أطفاله، وفي جمعية الطفل والحياة حيث طُبّق على أطفاله مقياس جيليام ومقياس التفاعلات الاجتماعية لحساب الخصائص السيكومترية للمقياسين.

3- الحدود الزمانية: تمثلت في الفترة الزمنية الممتدة بين عامي (2010 –2011).

ثامناً – الأساليب الإحصائية:

تمّ استخدام الأساليب الإحصائية الآتية بالاستعانة بالبرنامج الإحصائي (SPSS)، حيث تمّ استخدام:

1- المتوسط الحسابي.

2- معامل ارتباط بيرسون.

3- اختبار مان وتني.

4- اختبار ويلكسون.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

مقدمة

أولاً – عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

ثانياً – مقترحات الدراسة

مقدمة:

يتضمن هذا الفصل عرضاً لأهم النتائج التي تمّ التوصل إليها باستخدام التحليل الإحصائي المناسب للتحقّق من فرضيات الدراسة ثم مناقشة هذه النتائج ووضع بعض المقترحات.

أولاً- عرض نتائج الدراسة:

الإجابة عن سؤال مشكلة الدراسة:

ما مدى فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين؟.

للإجابة عن هذا السؤال، تم استخدام **معادلة الكسب المعدل لبلاك Black**، وذلك لحساب فاعلية البرنامج في القياس البعدي، والجدول الآتي يوضح النتائج التي تمّ التوصل إليها.

جدول (12) يبين نسبة الكسب المعدل في القياس القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	العدد	الدرجة العظمى للمقياس	متوسط القياس القبلي	متوسط القياس البعدي	نسبة الكسب المعدل حسب قانون بلاك	الفاعلية
المجموعة التجريبية	6	64	10,83	50,16	1,35	فعال
المجموعة الضابطة	6	64	11	11,33	0,011	غير فعال

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن نسبة الكسب المعدل قد بلغت (1,35) درجة لدى أطفال المجموعة التجريبية وهي أعلى من النسبة الحرجة التي حددها بلاك لفاعلية البرنامج والمقدرة بـ (1,2)، في حين بلغت نسبة الكسب المعدل (0,011) درجة لدى أطفال المجموعة الضابطة وهي أقل من النسبة الحرجة وبالتالي لم يتحقق أي كسب بالنسبة لأطفال المجموعة الضابطة، وهذا بدوره دليل على فاعلية البرنامج المطبق على أطفال المجموعة التجريبية في زيادة التفاعل الاجتماعي.

(1)- الفرضية الأولى: تنصّ على أنه:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده.

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تم استخدام الاختبار الإحصائي اللابارامتري مان وتني لتقدير دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده الفرعية في القياس البعدي ، والجدول الآتي يوضح النتائج التي تمّ التوصل إليها.

جدول (13): يبين الفروق بين متوسط درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده.

الأبعاد	القياس البعدي						قيمة U	قيمةZ	الدلالة	القرار
	المجموعة التجريبية ن=6			المجموعة الضابطة ن=6						
	المتوسط الحسابي م	متوسط الرتب	مجموع الرتب	المتوسط الحسابي م	متوسط الرتب	مجموع الرتب				
الإقبال الاجتماعي	16,83	9,50	57	3,33	3,50	21	0,000	2,994	0,003	دال
الاهتمام الاجتماعي	15,66	9,50	57	4,16	3,50	21	0,000	2,898	0,004	دال
التواصل الاجتماعي	17,66	9,50	57	3,83	3,50	21	0,000	2,913	0,004	دال
الدرجة الكلية	50,16	9,50	57	11,33	3,50	21	0,000	2,887	0,004	دال

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن قيمة U بلغت (0,000) وأن مستوى الدلالة بلغ (0,004) وهي أصغر من قيمة مستوى الدلالة الافتراضي (0,05)، وهذا يدل على وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب المجموعتين التجريبية والضابطة على الدرجة الكلية للمقياس وذلك لصالح المجموعة التجريبية، حيث بلغ متوسط رتب الدرجة الكلية لدى المجموعة التجريبية (9,50) وهي أكبر من متوسط رتب الدرجة الكلية لدى المجموعة الضابطة والذي بلغ (3,50) مما يشير إلى أن الفروق لصالح المجموعة التجريبية، وتدل النتائج السابقة على فاعلية البرنامج التدريبي المقترح وبذلك نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة وهي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده لصالح المجموعة التجريبية.

تفسير النتائج:

ويمكن أن نعزو فاعلية البرنامج في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية إلى مايلي:

1- ولّد البرنامج لدى أفراد المجموعة التجريبية الدافعية والرغبة للتفاعل من خلال عرض الجلسات بطريقة مشوقة، وبتقديم الصور المتنوعة ذات الألوان الجذّابة لانتباه الطفل وأسلوب التعليم المستخدم الذي يبعد الأفراد عن الملل وتشتّت الانتباه ويتيح لهم فرصة التدريب واستخدام أكثر من حاسة لتنفيذ النشاط

2- إن تحديد الأهداف العامة وصياغتها على شكل أهداف سلوكية واضحة وتحليلها إلى مهمات بسيطة فرعية ساعد في اكتسابها وإتقانها وله دور كبير في تحقيق النجاح للطفل واكتساب المهمات بطريقة سهلة تجنبه الفشل وتدفعه للمثابرة والاستمرار من أجل النجاح وتحقيق الهدف المنشود.

3- قد يسهم استخدام فنيات تعديل السلوك كالنمذجة والتقليد وأساليب التعزيز المختلفة كان له دور كبير في انجاز تلك المهمات ومن ثم الأهداف وخلق حافز كبير للمثابرة على التفاعل، كدراسة عويجان (2012) حيث استخدمت التقليد والإشارة لتطبيق أهدافها، ودراسة الغامدي التي استخدمت التقليد والإيماءات في برنامجها، و في دراسة محمد (2000) استخدم اسلوبي التعزيز والنمذجة وصولاً لأهدافه المنشودة .

4- توفّر في البرنامج التدريبي المعدّ مجموعة من الأنشطة المتنوعة الحركية والفنية والاجتماعية التي تلائم خصائص وحاجات أفراد المجموعة التجريبية، حيث تم اختيار معظم الأنشطة من بيئة الطفل الواقعية، كدراسة ريتشو Reichow (2009) حيث استخدم القصة الاجتماعية متضمنة إشارات بصرية كالصور وبعض الكلمات كمرحباً-وداعاً، ودراسة شريت (2008) الذي استخدم الموسيقا لتحقيق أهدافه.

5- توفّر في البرنامج التدريبي المعدّ المرونة بسماحه لأفراد المجموعة بإعادة التدريب على الأهداف السلوكية عدة مرات حتى يتم استيعابها وتثبيت المعلومات التي تحتويها، الأمر الذي عمل على زيادة قدرة الأطفال التوحديين على التفاعل الاجتماعي.

6- ساعد البرنامج التدريبي المعدّ على إيجاد تفاعل ناجح بين أفراد المجموعة التجريبية فيما بينهم للاعتماد على الأنشطة الجماعية المتنوعة، مما ساعد على زيادة قدرة الأفراد على التفاعل الاجتماعي مع الأقران

في المواقف الأخرى المتشابهة، كدراسة الخيران (2011)، دراسة علي (2008)، دراسة الذيب (2005)، دراسة بيلي داون وأليسون Baily, Dawn ، Allison (2010)، ودراسة جنيفر كوماس وكريستين Jennifer & Kristen (2007) .

(2)- الفرضية الثانية: تنصّ على أنه:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي – البعدي) على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده.

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تمّ استخدام الاختبار الإحصائي ويلكسون لتقدير دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده الفرعية ملحق(10)، والجدول الآتي يوضح النتائج التي تمّ التوصل إليها.

جدول (14): يبين الفروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي _ البعدي)على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده.

الأبعاد	المجموعة التجريبية ن=6						قيمة W	قيمةZ	الدلالة	القرار
	القياس القبلي			القياس البعدي						
	المتوسط الحسابي م	متوسط الرتب	مجموع الرتب	المتوسط الحسابي م	متوسط الرتب	مجموع الرتب				
الإقبال الاجتماعي	3,33	3,50	21	16,83	9,50	57	21	2,942	0,002	دال
الاهتمام الاجتماعي	4	3,50	21	15,66	9,50	57	21	2,939	0,002	دال
التواصل الاجتماعي	3,5	3,50	21	17,66	9,50	57	21	2,939	0,002	دال
الدرجة الكلية	10,83	3,50	21	50,16	9,50	57	21	2,887	0,002	دال

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن قيمة ويلكسون بلغت (21) وأن مستوى الدلالة بلغ (0,002) وهي أصغر من قيمة مستوى الدلالة الافتراضي (0,05)، وهذا يدل على وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات

رتب المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية على المقياس في القياسين القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي، حيث أن متوسط رتب الدرجة الكلية لدى المجموعة التجريبية في القياس البعدي بلغ (9,50) وهي أكبر من متوسط رتب الدرجة الكلية لدى المجموعة في القياس القبلي والذي بلغ (3,50) مما يشير إلى أن الفروق لصالح القياس البعدي، وتدل النتائج السابقة على فاعلية البرنامج التدريبي المقترح وبذلك نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة وهي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده لصالح القياس البعدي.

تفسير النتائج:

تعود أسباب تفوق أداء المجموعة التجريبية في القياس البعدي على أدائها في القياس القبلي للبرنامج التدريبي الذي طُبّق على أفرادها حيث تضمن البرنامج:

1- مهارات وأنشطة اجتماعية تمّ تدريب الأطفال عليها، وتشتمل هذه المهارات على كيفية لعب دور مع شخصٍ آخر مثل التعبير عن الانفعال مع طفلٍ آخر واختبار أنشطة وقت الفراغ واستخدام مهارات محادثة توكيدية والحاجة للإدراك من قبل الآخرين.

2- تمّ إعطاء الطفل فرصة للمشاركة في ضبط سلوكه أو نشاطاته، وهذا يمكن أن يقلّل من مقدار التجنب الاجتماعي ويعزز سلوكات اجتماعية متكيفة جديدة.

3- تمّ تدريب الأطفال على العديد من المجالات التي تشكل صعوبة حقيقية بالنسبة لطفل التوحد كتدريبهم على التواصل اللفظي عن طريق خلق جوٍ حواري مع أقرانهم يستخدم فيها الطفل بعض الكلمات البسيطة والتراكيب اللغوية وتوظيفها في مواقف اجتماعية ملائمة.

4- تمّ تدريب الأطفال على التواصل غير اللفظي والذي تمثل في المحافظة والاستمرارية بالتواصل البصري المناسب الذي يعد المدخل الجوهري لتأهيلهم، هذا إلى جانب تدريبهم على فهم تعبيرات الوجه ولغة الجسم (الإيماءات) وإلقاء التحية وفهم آداب المعاملة مع الآخرين والمشاركة باهتمامات الآخرين ومساعدتهم على العمل التعاوني، وهذا يشير إلى أن البرنامج التدريبي السلوكي المقترح لم يكن فعالاً في تطوير سلوكات اجتماعية مناسبة فحسب، بل ساهم أيضاً في خفض أنماط سلوكهم الاجتماعي غير المقبول والذي كان ظاهراً في السلوك العدواني المتجه نحو الذات والآخرين.

5- تضمّن البرنامج أهدافاً فرعيةً تركز في الابتعاد عن السلوك العدواني وتقديم المساعدة للآخرين واستخدام الإيماءات والإشارات الاجتماعية، وهذا يدل على أن قصور استخدام أطفال التوحد لمهارات التواصل غير اللفظي وللمهارات الاجتماعية قد يؤدي إلى ممارسة بعض الأنماط السلوكية غير المناسبة كوسائل بديلة للتعبير عن عدم القدرة على تفسير ما يدور في أنفسهم وبالتالي يحد من ممارسة بعض السلوكات الاجتماعية المناسبة لديهم ذات العلاقة بالنواحي الاجتماعية والتي تعتمد أساساً على المهارات الاجتماعية بشكلٍ عام، وهذا يؤيد ما سبق أن أشار إليه الباحثون من أن بعض أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسب قد تعود إلى افتقار أطفال التوحد لاستخدام مهارات التواصل مع الآخرين، هذا من جهة، ومن جهة أخرى إن تحسن مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين يؤدي إلى رفع مستوى سلوكهم الاجتماعي المناسب والذي يظهر بشكل واضح في تفاعلاتهم الاجتماعية، وهذا يتفق مع دراسة رائد الشيخ ذيب (2005)، ودراسة لينا بن صديق (2005)، ودراسة سيد الجارحي (2004)، ودراسة أميرة بخش (2002)، ودراسة محمد علي (2008)، والتي تؤكد على أهمية التدريب على مهارات التواصل غير اللفظي التي تتضمن الإيماءات والإشارات والتعبيرات الوجهية المختلفة، وهذا يعتبر مؤشراً حقيقياً على نوعية البرامج المقدمة لأطفال التوحد والتي يجب أن تتضمن مجموعة من الأنشطة والمهارات المتنوعة، كذلك فقد تمّ تدريبهم أيضاً على بعض أنشطة وقت الفراغ والألعاب الجماعية والقصص والأناشيد الاجتماعية، حيث أظهر أطفال عينة الدراسة قدرة جيدة على التفاعل مع الأنشطة الفنية والموسيقية والاجتماعية والرياضية، وهذا يتفق مع العديد من الدراسات كدراسة شور Shore (2002)، ودراسة يو Yeaw (2001)، ودراسة أوسبورن Osbourn (2004)، حيث أظهرت هذه الدراسات الأثر الكبير للموسيقى في زيادة التفاعلات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال وازدادت لغتهم التعبيرية اللفظية وغير اللفظية الاجتماعية، كما أكدت بعض الدراسات مثل دراسة جينيفر Jennifer (2007)، ودراسة كيني مورين Kenny Maureen (2001)، ودراسة جاريسون Garrison (1997)، ودراسة هارينك Haring (1992)، ودراسة كامبس Kamps (1992)، على أهمية اللعب الحر وإشراك الرفاق في تبادل الأدوار الاجتماعية وإكسابهم المهارات الاجتماعية وتعزيزها، كما نلاحظ لدى أطفال المجموعة التجريبية في القياس البعدي انخفاضاً واضحاً في الحركات النمطية التي كان يمارسها أطفال المجموعة، كما انخفض معدل نشاطهم الحركي الزائد وهذا يعود لانشغالهم بنشاطات تعاونية منظمة والى زيادة مدة انتباههم وجلوسهم أمام أداء المهارة أو النشاط المطلوب تنفيذه كنشاط ضمّ الخرز ومتابعة أحداث القصة الاجتماعية، مما انعكس إيجاباً على مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية وهذا يتفق مع دراسة

بيلي Baily (2010)، ودراسة كاثلين Kathleen (2006)، والتي ركزت على أهمية القصص الاجتماعية في زيادة التفاعلات الاجتماعية.

6- إضافة إلى ما ذكرناه سابقاً نجد أن البرنامج تميّز بميّزات أخرى، فاستخدامه لأساليب التعزيز المختلفة مع الأطفال أثناء وبعد انجاز مهامهم أدى إلى تحسن مستوى أدائهم على الأهداف السلوكية المطلوبة وزاد من دافعيتهم نحو إتمام النشاط المطلوب، كما أن لأساليب التقليد والنمذجة ولعب الدور وغيرها من الفنيات المستخدمة الدور الهام في تيسير عملية إكساب أطفال المجموعة للأهداف السلوكية المحددة وهذا يتفق مع دراسة كريستينا Christina (2006)، ودراسة أندريا Andrea (2005)، ودراسة اسكالونا Escalona (2002)، كما تميز البرنامج المقترح باعتماده على الدعم البصري المرئي، فاستخدام الصور المرفقة بالكلمة الدالة عليها ساعد إلى حدٍ كبير في تحقيق الأهداف المنشودة وإكسابهم المزيد من المشاركة في التفاعل الاجتماعي، كدراسة جوهانستون Johanston (2004)، ودراسة أرنولد Arnold (2000).

7- وأخيراً ينجذب الأفراد بطبيعتهم لكل ما هو جديد، حيث قدم لهم البرنامج المقترح استراتيجيات جديدة وأنشطة ووسائل متنوعة تبعدهم عن الملل وعن الطريقة التي اعتادوا عليها وتزيد من واقعيتهم وتركيزهم في الأهداف السلوكية مما زاد بدوره من مستوى التفاعلات الاجتماعية لديهم.

(3)- الفرضية الثالثة: تنصّ على أنه:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياسين (القبلي – البعدي) على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده.

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تمّ استخدام الاختبار الإحصائي ويلكسون لتقدير دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أطفال المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده الفرعية ملحق(9)، والجدول الآتي يوضح النتائج التي تمّ التوصل إليها:

جدول (15): يبين الفروق بين متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياسين (القبلي – البعدي) على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده.

الأبعاد	المجموعة الضابطة ن=6						قيمة W	قيمةZ	الدلالة	القرار
	القياس القبلي			القياس البعدي						
	المتوسط الحسابي م	متوسط الرتب	مجموع الرتب	المتوسط الحسابي م	متوسط الرتب	مجموع الرتب				
الإقبال الاجتماعي	3,33	6,83	41	3,33	6,17	37	37	0.422	0,818	غير دال
الاهتمام الاجتماعي	4	6,42	38,50	4,16	6,58	39,50	38,50	0,086	0,937	غير دال
التواصل الاجتماعي	3,66	6,08	36,50	3,83	6,92	41,50	36,50	0,433	0,699	غير دال
الدرجة الكلية	11	6,33	38	11,33	6,67	40	38	0,164	0,937	غير دال

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن متوسط رتب أداء المجموعة الضابطة في القياس القبلي قد بلغ (6,33) وبلغ (6,67) في القياس البعدي وهي نسب متقاربة جداً، وكذلك نجد أن مستوى الدلالة بلغ (0,937 > 0,05) وهي نسبة غير دالة إحصائياً، وبالتالي لا توجد فروق في القياس القبلي والبعدي بالنسبة لأطفال المجموعة الضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية.

تفسير النتائج:

إن ما تمّ التوصل إليه هو نتيجة منطقية لعدم تعرض أفراد تلك المجموعة لأي خبرات ومهارات يكون من شأنها إحداث أي أثر ايجابي بالنسبة لهم، كما أن هذه النتيجة تؤكد في الوقت ذاته بشكلٍ غير مباشر على فعالية البرنامج التدريبي المستخدم حيث لم توجد فروق في القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة لعدم تعرضها للبرنامج التدريبي، فأطفال المجموعة لم يتحسن مستوى التفاعلات الاجتماعية لديهم ولم يحدث أي تغيير دال فيه، وتعدّ التفاعلات الاجتماعية واحدة من أكثر الخصائص المتأثرة سلباً بالاضطراب التوحدي، وقد أشار كانر إلى أن الأطفال التوحديين يظهرون صعوبة رئيسية في التفاعل الاجتماعي تتمثل في عدم قدرة

الطفل على تكوين روابط اجتماعية وانفعالية وهذا يعود إلى أن الطفل التوحدي معاقٌ بيولوجياً في هذه القدرة (Lord, 2001, p76).

ويعتبر العجز والضعف في التفاعل الاجتماعي والفهم الاجتماعي من أهم الخصائص التي تميز الأطفال التوحديين في هذه المرحلة، وقد اعتبر هذا المظهر السلوكي من الأعراض الجوهرية للتوحد حيث يظهر هذا الضعف بوضوح منذ مرحلة ما قبل المدرسة فيفشل الطفل في تكوين العلاقات الاجتماعية وتنقصه القدرة على تكوين العلاقة مع الناس المألوفين لديه، كما يفضّل البقاء وحيداً ويتجنب المواجهة بالنظر والتحديق في عيني الشخص، إضافةً إلى ضعف التواصل وربما تنقص أشكال الضعف هذه خلال المرحلة المدرسية حتى يبدأ الطفل بالإفادة من المداخلات التربوية والعلاجية ويتعلم التعامل مع الناس ومع المواقف الجديدة ومع الأشخاص المعروفين في بيئته، وقد شدّد بعض العلماء على أن هذا الضعف يبدو واضحاً منذ مرحلة ما قبل المدرسة وأنه قد لا ينقص بل يستمر إلا أن مظاهره قد تتغير (السيد، 2003، ص30).

(4)– الفرضية الرابعة: تنصّ على أنه:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي – التتبعي) على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده.

للتحقق من صحة هذه الفرضية، تمّ استخدام الاختبار الإحصائي ويلكسون لتقدير دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده الفرعية ملحق(10)، والجدول الآتي يوضح النتائج التي تمّ التوصل إليها:

جدول (16): يبين الفروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي – التتبعي) على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده.

الأبعاد	المجموعة التجريبية ن=6						قيمة W	قيمةZ	الدلالة	القرار
	القياس البعدي			القياس التتبعي						
	المتوسط الحسابي م	متوسط الرتب	مجموع الرتب	المتوسط الحسابي م	متوسط الرتب	مجموع الرتب				
الإقبال الاجتماعي	16,83	6,58	39,50	16,83	6,42	38,50	38,50	0,082	0,937	غير دال
الاهتمام الاجتماعي	15,66	6,42	38,50	15,83	6,58	39,50	38,50	0,082	0,937	غير دال
التواصل الاجتماعي	17,66	6,75	40,50	17,5	6,25	37,50	37,50	0,250	0,818	غير دال
الدرجة الكلية	50,16	6,50	39	50,33	6,50	39	39	0,000	1,000	غير دال

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن قيمة ويلكسون بلغت (39) وأن مستوى الدلالة بلغ (1,000) وهي أكبر من قيمة مستوى الدلالة الافتراضي (0,05)، وهذا يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية على المقياس في القياسين البعدي والتتبعي، كما نلاحظ أن متوسط رتب أداء المجموعة التجريبية في القياس البعدي مساوٍ لمتوسط أدائها في القياس التتبعي حيث بلغ (6,50) في القياسين البعدي والتتبعي ، وكذلك الأمر بالنسبة للأبعاد الفرعية للمقياس حيث كانت النسب متقاربة كثيرا وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية.

تفسير النتائج:

كشفت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين أداء المجموعة التجريبية بالنسبة للقياس البعدي وأدائها في القياس التتبعي، وهذا يؤكد استمرار أثر البرنامج لدى أطفال المجموعة التجريبية بعد التوقف عن تطبيقه حيث كانت درجة التفاعل الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية في القياس البعدي متقاربة إلى حدٍ كبير مع درجتها في القياس التتبعي وبدون هذا التقارب في الدرجات لا يمكن التأكد من مدى فعالية البرنامج المطبق ويرجع ذلك إلى ما تمّ خلال المرحلة الأخيرة من البرنامج من إعادة تدريب الأطفال أعضاء المجموعة

التجريبية على بعض المهارات والقدرات والفنيات والوسائل التي تعين على حدوث التفاعلات الاجتماعية مما يسهم في منع حدوث انتكاسه بعد انتهاء البرنامج، حيث يعمل على استمرار أثر ذلك البرنامج وفعاليته بعد أن يكون قد انتهى تطبيقه بالفعل وهو الأمر الذي تم مراعاته في الدراسة الحالية، كما كان للأنشطة الجماعية المتنوعة وللاقتراحات وللملاحظات المقدمة لمشرفي الصف أثناء تطبيق البرنامج دور مهم في الاحتفاظ بأثر التدريب، وهذا يتفق مع ما أشارت له دراسة سهير ميهوب (1996)، ودراسة دوروثي Dorothy (2011)، ودراسة بيلي Baily (2010)، ودراسة هوبسون Hobson (1998)، ودراسة لوبيز Lopez (1997)، ودراسة وورلي Worly (1997)، ودراسة كوجل Koegel (1993).

* وتم تمثيل متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي والتتبعي كما هو وارد في الملحق (12).

ثانياً – مقترحات الدراسة:

في ضوء ما تحقق من نتائج ايجابية في الدراسة الحالية والتي كشفت عن فاعلية البرنامج التدريبي السلوكي المقترح في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد، تقترح الباحثة التوصيات التالية:

1- تصميم برامج تربوية تهتمّ بكافة أشكال التواصل الاجتماعي واللفظي وغير اللفظي والتي تزيد بدورها من كمّ التفاعلات الاجتماعية لدى أطفال التوحد.

2- الاهتمام بالسلوكات الشاذة التي يعاني منها أطفال هذه الفئة لما لها من أثرٍ كبير في الحد من التواصل والتكييف الاجتماعي مع الآخرين.

3- تشكيل جداول من الصور والمعينات المرئية تحتوي على كافة أنواع النشاطات الاجتماعية التي يمكن تطبيقها لاعتماد هذه الأطفال بشكل رئيسي على التواصل البصري المرئي.

4- تشكيل كتيّبات صغيرة من قبل المختصين بمجال التوحد والتابعين للمراكز والمؤسسات الاجتماعية تُوزَّع على الأهالي والمشرفين والأقران وتوضح ماهية التوحد وأسبابه وبعض المشكلات الرئيسية ووضع الحلول الممكنة لها.

5- توعية جميع أفراد المجتمع باضطراب التوحد لما له من دورٍ كبير في إمكانية الكشف والتدخل المبكرين عن طريق الندوات والمؤتمرات والبرامج التلفزيونية والإذاعية.

6- أهمية تضافر جهود الجمعيات والمراكز في كافة المحافظات لتأمين وتبادل الوسائل والبرامج والأساليب التي تخدم أطفال هذه الفئة.

7- التركيز على ضرورة العمل كفريق متكامل يضم أخصائي النطق وطبيب الأطفال وطبيب الأعصاب وأخصائي التربية الخاصة والأخصائي الاجتماعي، بالإضافة إلى مشرفي الصف والتربية الفنية والرياضية.

8- تقديم الدعم المادي والمعني والأكاديمي للمراكز والجمعيات المختصة.

9- اعتماد برامج تربوية خاصة بالأطفال التوحديين، إذْ أن معظمهم يلتحقون ببرامج غير مناسبة ولا تراعي احتياجاتهم وخصائصهم.

ملخص الدراسة

باللغة العربية

ملخص الدراسة باللغة العربية:

مشكله الدراسة:

تنبعث مشكلة الدراسة من نتائج الدراسات السابقة التي أكدت على وجود العديد من المشكلات والاضطرابات سواءً كانت سلوكية أو انفعالية أو اجتماعية وفق معيار تشخيص التوحد (DMS-IV) التي تتعلق بالطفل التوحدي، ومن أبرز تلك المشكلات عجز الطفل عن التفاعل الاجتماعي متمثلاً في عدم قدرته على القيام بالتواصل الاجتماعي والإقبال الاجتماعي والاهتمام الاجتماعي مما يشكل عائقاً كبيراً يحول بينه وبين الآخرين، لذا فإن الدراسة الحالية تحاول الإجابة على التساؤل التالي:

ما فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين؟

أهمية الدراسة:

1- يعدّ اضطراب التوحد من الاضطرابات التي لم تَنَل حظها من البحث والدراسة على امتداد الوطن العربي بأكمله، حتى أن الدراسات العربية التي تمّ إجراؤها حول هذا الاضطراب يمكن عدّها على أصابع اليد، هذا في الوقت الذي أجريت فيه العديد من الدراسات في دول كأوروبا وأمريكا حول هذا الاضطراب.

2- معرفة الأساليب والطرق التي تزيد من التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد.

3- إن تنمية التفاعلات الاجتماعية لدى هذه الفئة يُيَسّر لهم عملية التواصل والتكيف الاجتماعي وبالتالي الاندماج مع الأفراد في المجتمع المحيط بهم.

4- تزويد المهتمين بالأطفال التوحديين ببرنامج مقترح لزيادة التفاعل الاجتماعي لديهم، وإمكانية تعميم هذا البرنامج على فئات الإعاقة الأخرى.

أهداف الدراسة:

1- يتمثل الهدف الرئيسي للبحث في قياس مدى فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في زيادة التفاعلات الاجتماعية من خلال تطبيقه على عينة من الأطفال التوحديين.

2- إعداد وتقديم برنامج تدريبي سلوكي يسعى إلى زيادة التفاعلات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين باستخدام مجموعة من الأنشطة المتنوعة.

3- تزويد أطفال التوحد بالعديد من المهارات الاجتماعية التي تحسن بشأنها من تفاعلاتهم الاجتماعية.

فرضيات الدراسة:

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي – البعدي) على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده.

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياسين (القبلي – البعدي) على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده.

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي – التتبعي) على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده.

منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي، لصعوبة ضبط متغيرات الدراسة.

عينه الدراسة:

تكونت العينة من (12) طفلاً من الأطفال التوحديين الذين تراوحت أعمارهم الزمنية بين (6–8) سنوات، وتمّ تقسيم العينة إلى مجموعتين، المجموعة الضابطة وتحوي (6) أطفال، والمجموعة التجريبية وتحوي (6) أطفال أيضاً، وقد تمّ تحقيق التكافؤ بين المجموعتين في درجة التوحد والتفاعل الاجتماعي.

أدوات الدراسة:

1- **مقياس جيليام للتوحد (2007):** تم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس، حيث تم استخدام هذا المقياس لحساب درجة التوحد لدى أفراد العينة والتأكد من تجانسها قبل البدء بتطبيق البرنامج.

2- **مقياس التفاعلات الاجتماعية** للدكتور عادل عبد الله محمد (2000): تم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس، حيث تم استخدام هذا المقياس على الأطفال عينة الدراسة قبل البدء بتطبيق البرنامج للتأكد من أن جميع الأطفال لديهم نقص في التفاعلات الاجتماعية.

3- **البرنامج التدريبي المستخدم** المعدّ من قبل الباحثة لزيادة التفاعلات الاجتماعية لدى الأطفال عينة الدراسة.

نتائج الدراسة:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي – البعدي) على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده.

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياسين (القبلي – البعدي) على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده.

4- لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,05) بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي – التتبعي) على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده.

المراجع

قائمة المراجع

- **المراجع العربية:**

1. أبو السعود، ناديا (2002): **فاعلية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم** ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، القاهرة ، جامعة الأزهر.
2. أبو السعود، ناديا (2008): **الطفل التوحدي في الأسرة** ، الإسكندرية ، مؤسسة حورس الدولية.
3. أبو حلاوة، محمد سعيد (1997): **التوحد – دليل معلم الطفولة المبكرة** ، جامعة الإسكندرية، كلية التربية بدمنهور.
4. أبو سيف، حسام أحمد (2006): **الطفل التوحدي**، مصر، إيتراك، ط1.
5. الأحمد، عبد الجليل (2005): **التوحد المرض الذي حير العلماء**، حلب، دار الرضوان.
6. أرونز، مورين (2005): **العلاج الأمثل لمرض التوحد**، القاهرة، دار الفاروق.
7. إعداد المجموعة الاستشارية النفسية (أ) (2008): **دليل المنهج المرجعي للتلاميذ ذوي التوحد**، سلسلة إصدارات الجمعية السعودية للتوحد.
8. إعداد المجموعة الاستشارية النفسية (ب) (2008): **الخطة التربوية الفردية للتلاميذ ذوي التوحد**، سلسلة إصدارات الجمعية السعودية للتوحد.
9. إعداد المجموعة الاستشارية النفسية (ج) (2008): **تعليم المهارات الاستقلالية لفئة التوحد (ADL)**، سلسلة إصدارات الجمعية السعودية للتوحد.
10. إعداد المجموعة الاستشارية النفسية (د) (2008): **بناء وتعديل السلوك لفئة التوحد**، سلسلة إصدارات الجمعية السعودية للتوحد.
11. إعداد المجموعة الاستشارية النفسية (هـ) (2008): **العناصر الفعالة للبرامج التربوية الخاصة بفئة التوحد**، سلسلة إصدارات الجمعية السعودية للتوحد.
12. آل مطر، فايز (2001): **دراسة نمائية مقارنة لأبعاد السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحديين والأطفال المعوقين عقلياً في المملكة العربية السعودية**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.

13. أمين، سحر (2008): **الموسيقا وذوي الاحتياجات الخاصة (التوحد)**، الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية، ط1.

14. بخش، أميرة (2002): **فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين**، مجلة العلوم التربوية، العدد (1).

15. بركات، علي راجح (2009): **نظرية باندورا في التعلم الاجتماعي**، جامعة أم القرى، الرابط الالكتروني www.abegs.org.

16. بن صديق، لينا (2005): **فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي**، كلية دار الحكمة.

17. الجارحي، سيد (2004): **فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة**، جامعة الملك سعود.

18. الجلبي، سوسن شاكر (2005): **التوحد الطفولي**، دمشق، مؤسسة علاء الدين.

19. الجمعية اللبنانية للتوحد (2006): **أنا وفريق التأهيل (التأهيل الشامل للطفل المتوحد)**، بيروت.

20. الجمعية اللبنانية للتوحد (2007): **حكيني بأسلوبي**، بيروت.

21. الجمعية اللبنانية للتوحد (2008): **تعا نلعب (دليل التواصل بين الأهل والطفل الذي يعاني من التوحد)**، بيروت.

22. الحكيم، رابية (2002): **دليلك للتعامل مع التوحد**، المملكة العربية السعودية، شركة المدينة المنورة للنشر، ط1.

23. حمودة، عبد المنعم (1991): **الطفولة والمراهقة – المشكلات النفسية والعلاج**، القاهرة، المطبعة الفنية الحديثة.

24. خطاب، محمد أحمد (2005): **سيكولوجية الطفل التوحدي**، عمان، دار الثقافة، ط1.

25. الخطيب، جمال (2003): **تعديل السلوك الإنساني**، عمان، دار حنين، ط1.

26. الخطيب، جمال محمد (2001): **الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل**، دمشق، إصدار المكتب التنفيذي، ط1.

27. الخطيب، جمال محمد (2002): **دليلك للتعامل مع الطفل التوحدي**، عمان.

28. الخولي، سناء (2007): **الأسرة والحياة العائلية**، الاسكندرية، دار المعارف.

29. الخيران، أيمن (2011): **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية التواصل اللفظي وأثره في التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين**، جامعة دمشق، كلية التربية، رسالة ماجستير.

30. ذيب، رائد موسى (2004): **تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى أطفال التوحديين بين مقياس فاعليته**، الأردن.

31. الراوي، فضيلة وآمال الصالح (1999): **التوحد – الإعاقة الغامضة**، قطر، الدوحة.

32. الرخاوي، يحيى (2009): **مخاطر استيراد الأفكار والمناهج والمشاكل**، شبكة العلوم النمطية، وجهات نظر العدد (25)، الرابط الالكتروني www.arabpsynet.com.

33. الروسان، فاروق (1996): **أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة**، عمان، دار الفكر، ط2.

34. الزارع، نايف بن عابد (2004): **قائمة تقدير السلوك التوحدي**، دار الفكر، ط1.

35. الزريقات، إبراهيم (2004): **التوحد – الخصائص والعلاج**، عمان، دار وائل.

36. الزعبي، أحمد (2011): **الأطفال التوحديون**، دمشق، مكتبة الأسد.

37. سكر، عدنان وليد (2007): **الاحتياجات التدريبية لمعلمي الأطفال التوحديين وعلاقتها ببعض المتغيرات**، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة دمشق.

38. سليمان، عبد الرحيم سيد (2000): **محاولة لفهم الذاتوية – إعاقة التوحد لدى الأطفال**، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، ط1.

39. السيد، السيد عبد الحميد ومحمد قاسم العبد الله (2003): **الدليل التشخيصي للتوحديين (العيادي)**، مصر، دار الفكر العربي، ط1.

40. الشامي، وفاء علي (أ) (2004): **خفايا التوحد**، الرياض، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية، ط1.

41. الشامي، وفاء علي (ب) (2004): **سمات التوحد**، الرياض، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية، ط1.

42. الشامي، وفاء علي (ج) (2004): **علاج التوحد**، الرياض، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية، ط1.

43. الشخص، عبد العزيز و الدمياطي، عبد الغفار (1992): قاموس التربية الخاصة، الكويت، دار القلم.

44. عامر، طارق (2008): **الطفل التوحدي**، عمان، دار اليازوري.

45. العبادي، رائد (2005): **التوحد**، عمان، مكتبة المجتمع العربي، ط1.

46. عبد الحليم، محمد عبد الحليم (2004): **الذاكرة لدى المصابين بالذاتوية**، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة عين شمس.

47. عبد الحليم، محمد عبد الحليم (2010): **برامج التدخل العلاجي والتأهيلي للذاتويين**، الرابط الالكتروني www.arabspine.net.

48. عبد الرحيم، فتحي (1990): **سيكولوجية الأطفال غير العاديين**، مصر، دار التعلم للنشر، ط1.

49. العبد الله، محمد قاسم (2001): **الطفل التوحدي أو الذاتوي**، عمان، دار الفكر.

50. عجاج، سيد أحمد (1992): **دراسة القلق لدى الأطفال وعلاقته بضغوط الوالدين**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

51. عرابي، وضاح (2007): **معرفة معلمي الأطفال التوحديين في الجمهورية العربية السورية بأساليب تعديل السلوك**، جامعة دمشق، الجامعة الأردنية.

52. علي حسين، سها (2008): **أثر برنامج حركي – مائي – ادراكي مقترح لتنمية التفاعل الاجتماعي لأطفال التوحد**، العراق، جامعة بغداد.

53. علي، أزهار (2001): **مدى فاعلية برنامج علاجي للأطفال الاجتراريين**، جامعة عين شمس.

54. علي، دلشاد (2007): **خصائص الأطفال التوحديين في سورية ومدى تطابقها مع معايير التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV-TR)**، الجامعة الأردنية.

55. علي، دلشاد (2012): **فاعلية برنامج تدريبي لتطوير مهارات التواصل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين**، سوريا، جامعة دمشق.

56. علي، محمد أحمد (2008): **فاعلية برنامج تدريبي سلوكي لتحسين بعض مهارات التواصل غير اللفظي لدى عينة من الأطفال ذوي التوحد**، القاهرة، جامعة عين شمس.

57. علي، منى خليفة (2001): **فاعلية برنامج تدريبي تأهيلي للطفل التوحدي (دراسة حالة)**، جامعة الزقازيق.

58. عليوه، سهام عبد الغفار (1999): **فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية لدى الأطفال**، جامعة طنطا.

59. عويجان، بشرى (2012): **فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال التوحديين** ، رسالة ماجستير، جامعة دمشق ، كلية التربية.

60. الغامدي، عزة (2003): **العلاج السلوكي لمظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد**، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، الرياض.

61. غزال، مجدي فتحي (2007): **فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين في مدينة عمان**، الجامعة الأردنية.

62. فؤاد الدين، هالة (2001): **تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد**، رسالة دكتوراه غير منشورة، القاهرة ، جامعة عين شمس.

63. كامل، محمد علي (1997): **من هم الأوتيزم؟**، مصر، دار النهضة، ط1.

64. كامل، محمد علي (1998): **من هم ذوي الأوتيزم؟**، كلية التربية، جامعة طنطا.

65. الماريديني، غالية (2012): **فاعلية برنامج تدريبي قائم على التمارين الرياضية لتحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال المشخصين بمتلازمة أسبرجر**، سوريا، جامعة دمشق.

66. محمد، عادل عبد الله (أ) (2000): **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية على مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين**، القاهرة، دار الرشاد.

67. محمد، عادل عبد الله (أ) (2002): **الأطفال التوحديين**، دار الرشاد.

68. محمد، عادل عبد الله (ب) (2000): **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين**، القاهرة، دار الرشاد.

69. محمد، عادل عبد الله (ب) (2002): **جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين**، القاهرة، دار الرشاد.

70. مختار، سيد (2009): **تصحيح مفهوم فرص التوصل إلى الذاتوية**، شبكة المعلومات العالمية، الرابط الالكتروني sayedmokhtar.maktoobblog.com.

71. مدبولي، أسامة (2006): **فعالية برنامج TEACCH في تنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحديين**، الرابط الالكتروني www.gulf.com.

72. المغلوث، فهد (2006): **التوحد – كيف نفهمه ونتعامل معه؟**، الرياض، إصدار مؤسسة الملك خالد الخيرية، ط1.

73. مفضل مصطفى أبو المجد، خالد محمد (2006): **فاعلية برنامج إرشادي سلوكي في تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى أطفال الروضة الذاتويين بمدينة قانا**، المؤتمر السنوي الرابع عشر، جامعة عين شمس.

74. النجار، أحمد (2006): **التوحد واضطراب السلوك**، عمان، دار أسامة.

75. نصر، سهى (2001): **مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين**، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس.

76. نصر، سهى (2002): **الاتصال اللغوي للطفل التوحدي**، دار الفكر للنشر والتوزيع، ط1.

- المراجع الأجنبية:

1. **Autism Society of American**, (1999): Information (www.autismsociety.org).
2. Baily, Dawn، Allison (2010): **Analysis of a social story intervention to increase appropriate social interactions in children with autism**, Florida state university.
3. Ball, James (1996): **Increasing social interactions of preschool with autism through relationship, with typically developing peers**.
4. Baron Cohen, Matrmore, Moriarty (1999): **The prevalence of Gilles de la tourette syndrome in children and adolescents with autism**, Journal of child psychology and psychiatry, p40.
5. Bauminger, Nirit (2004): **The Facilitation of social–emotional understanding and social interaction in high–functioning children with autism,** Journal of applied analysis, p280-298.
6. Borreco, C.S.woods, Masler (2010): **Descriptive analysis of pediatric food refusal and acceptance**, Journal of applied analysis.
7. Canareen (2002): **Using the cumulative treatment in improving the social communicative skills with a group of children with Autism and Down'** syndrome, (www.proquest.com).
8. Capps,L Sligman,M & munday (1994): **Attachment security in children with autism, development and psychopathology**, p249-261.
9. Carter Cynthia, Marie (2000): **Using choice with interactive play to increase language skills in children with autism**, J.A.B.A.
10. Charlop –Christy ,M ; Carpenter . M ; Le ,L ; LeBlanc ,L. A ; Kellet .K.(2002): **Using The Picture Exchange Communication System (PECS) With Children With Autism: Assessment of PECS Acquisition, Speech, Social Communicative Behavior, and Problem Behavior**. Journal of Applied Behavior Analysis , 35, (3), p213-231.
11. Chen, Eric (2007): **A parent's guide to autism**, (www.autistic.com).
12. Chery Dissanayake, quarg Mbui (2006): **Growth in stature and head circumference in high–functioning autism and Asperser disorder during the first 3 years of life, Development and psychopathology**, Apr.2-13 pg.
13. Chess, Korn (1991): **Behavioral consequences of congenital rubella**, Journal of pediatrics, p600-703.

14. Christopher, Jones (2009): **when asking questions is not enough - An observation study of social communication differences in high-functioning children with autism**, Journal of Autism and developmental disorders, New York.

15. **Criticalin for malion for parents of young children with social communication Delays**, ,(2007), Florida state university , early social interaction project . ESI..

16. Danya international organization for autism research (2004): **Life journey through autism an educator's guide**, (www.researchautism.org).

17. Davison.G.C. Neale Kring (2004): **Disorders of childhood** in Abnormal spy ecology , no broken, p475-518.

18. Dawson, G,& Galpert (1990): **Mothers' use of imitative play for facilitating social responsiveness and toy play in young autistic children**, Development and psychopathology '2'151R162.

19. Dekker, Anna Margaret (2008): **Comparing wrong/right with right/right exemplars in video modeling to teach social skills to children with autism**, the university of Waikato.

20. Dennis, Maureen (1999): **Intelligence patterns among children with high-functioning autism, phenyl ketonuria, and childhood head injury**, Journal of autism and developmental disorders, p29.

21. DeQuinzio, J., Buffington, D., Poulson C.(2008): **The effects of forwardchaining and contingent social interaction on the acquisition of complex sharing responses by children with autism**, Autism spectrum disorders, 2, p264-275.

22. DSM-IV-TR (2000): **Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision**, publisher (American psychiatric association, APA), from the worldwide web (www.av.com) (DSM-IV-TR, diagnostic criteria, pervasive developmental disorders).

23. Dykens & Volkmar (1997): **Medical conditions associated with autism**. In D.Cohen & Volkmar (Eds). Handbook of autism and pervasive developmental disorders (2nd ed. pp.388-407). New York, John Wiley, sons.

24. Edelson, Stephen (1999): **Auditory integration training - a double blind study of behavioral and electrophy serological effects in people with autism,** focus on autism and other developmental disabilities, vol.14.

25. Edelson, Stephen (2003): **Overview of autism**, Center for the study of autism, (www.proquest.com).

26. Fox, Lise (2003): **Understanding and intervening with the challenging behavior of young children with autism spectrum disorder**, Florida state.

27. Francesca , happe (1994): **An advanced test of theory of Mind - Understanding stay characters though and feeling by autism**, mental handicapped and normal children and Autism.

28. Frea, William (1995): **Social-communicative skills in high functioning children with autism,** London, Paul.H, Brookes publishing co.

29. Ganzalez, Kamps (1997): **Social skills training to increase social interactions between children with autism any their typical peers**.

30. Garrison, Harrell (1997): **The effects of peer networks on social communicative behaviors for students with autism**, Focus on autism, p241-254.

31. Garside, Rhonda, Ghag, Kathieen, Lynda et al (2000): **Teaching students with autism**, Society autism of British Columbia, office products center.

32. Gero, Zsuzsa (1997): **Le role du syndrome, de siampmment dens le development dun des types de autism electrify**, France. p86.

33. Gillson (2000): **Autism and social behavior**, Autism society of American, Bethesda, MD.

34. Gonzalez Lopes, Kamps (1997): **Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical beers**, Focus on autism and other developmental disabilities,12, p.2-4.

35. Gonzalez Lopez, Adriana Kamps (1997): **Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peers**, J.A.B.A.

36. Green, Brennan (2002): **Intervention behavioral treatment for toddler at high risk for autism,** Journal of behavior modification, p69-102.

37. Gwendolyn, Mason Fiske (2008): **Exploring motivation for social interaction in children with autism,** (www.proquest.com).

38. Haring, Tomas, Breen, Catherine (1992): **A peer-mediated social network intervention to enhance the social integration of persons with moderate and severe disabilities**, Journal of applied behavior analysis, p2.

39. Helm ,David (1990): **Behavior modification and intensive interpersonal involvement in the treatment of an autistic child**, Journal of applied behavior analysis, p263.

40. Hobson, Perter, Lee (1998): **Hello and good bye, a study of social engagement in autism**, Journal of autism and developmental disorders, p28.

41. James M.Sa ck (2004): **life journey through Autism - An educators guide,** organization for Autism research.

42. Janet (1999): **Evaluating the social behavior for children with autism in comprehensive play of place**, (www.proquest.com).

43. Jannike beyer , Lone Gammeltoft (2007): **Autism, playanol social interaction**, Jessica publishers, London and Philadelphia.

44. Jennifer & Kristen (2007): **The effects of scripted peer tutoring and programming common stimuli on social interactions of a student with autism spectrum disorder**, University of Minnesota, Journal of applied behavior analysis.

45. Johanston, Evans, and Joanne (2004): **The use of visual support in teaching young children with autism spectrum disorder to initiate interactions**, London, pawl company.

46. Justin, B., Taubman, M., Bloomfield, S., Rafuse, L., Leaf, R., McEachin, J., Oppenheim, M., (2009**). Increasing social skills and pro-social behavior for three children diagnosed with autism through the use of teaching package**, Research in autism spectrum disorders, 3, p275-289

47. Kaneen. B.Geiger and linda (2010): **An evaluation of preference for video and invivo modeling**, J.A.B.A.

48. Karntz, Mc Clannahan (1993): **Teaching children with autism to initiate to peers, effects of a script-fading procedure**. J.A.B.A., p121-132,.

49. Klin Ami, Fred Volkman (1992): **Autistic social dysfunction, some limitations of the theory of mind hypothesis**. J.A.B.A.

50. Koegel, Robert (1993): **Treatment of social behavior in autism through the modification of social skills**, J.A.B.A.

51. Koegle and Fred (1993): **Treatment of social behavior in autism through the modification of social skills**, Journal of applied behavior analysis, p669-773.

52. Krantz, Clannahan (1998): **Social interaction skills for children with autism**, Journal of applied behavior analysis, p31.

53. Krantz. Mc. channahan (1993): **Teaching children with autism to initiate to peers, effects of a script-fading procedure**, Journal of applied analysis, p341-354.

54. Kroeger Janet R.Schult-Z. Creighton New sum (2007): **A comparison of two group–delivered social skills programs for young children disorder**, Journal of autism developmental disorder.

55. Lord, Gatherine & Jemes (2001): **National research council - Educating children with autism, committee on educational interventions for children with autism**, washing ton, National Academy Press.

56. Louis .S.P.H a Gopian and David E.Kuhn (2009): **Targeting social skills deficitsinan a bole scent with pervasive developmental disorder**, Journal of applied behavior analysis.

57. Matson, Johnny & Swiezy, Naomi (1994): **Social skills training with autistic children**, California, Brookes / Cole publishing co.

58. Melanie Cotter, Worly Kay (1997)**: Improving the social behavior of high-functioning children with autism, a social skills support group intervention**, J.A.B.A.

59. Micheal (1999): **Effects on social communication for autism children** (www.proquest.com).

60. Norris, Dattilo (1999): **Evaluating effects of social story intervention on a young girl with autism**, Focus on autism, p180-196. Nova southeastern university.

61. Osbourn, Scott, Fletcher (2004): **Effectiveness of music treatment as a program for early intervention to improve the socio-verbal communication skills**, New Mexico state paper indent of education.

62. Ozonoff, Cathcart (2004): **Effectiveness of a home program intervention for children with autism**, Journal of autism and developmental disorders, p28-25-32.

63. Partricia, Jean & Brooke, Amy (2003): **Interdisciplinary assessment of young children with autism spectrum disorder**, Language speech and hearing services in schools, p194-202.

64. Prizant Barry, Amy wetherby (2000): **The scents model, a comprehensive educational approach for children with autism spectrum disorder**, Paul u brooks publishing.
65. Purcell Khathleen, wash burn (2006): **The effects of a social story intervention on social skills ac question in adolescents with Asperger's syndrome**, University of Florida.
66. Pyrbjerg pernille , Mariavedel (2007): **Eveready education visual support for children with autism**, Jessica publishers, London and Philadelphia.
67. Reichow,B & Sabornie , E.(2009) . Brief Report : **Increasing VerbalGreeting Initiations for Student with Autism Via Social StoryIntervention**. . Journal of Autism and Developmental Disorders. 39,(12), 1740-1743
68. Rimland, Bernard (1994): **The modern history of autism, autism in children and adults, Etiology assessment and interventions,** California.
69. Ruble, Lisa, Ann (1997): **Comparative study of the natural habitat behaviors of children with autism and children with Down syndrome**, Indiana university.
70. Salazar, Alexandra (2004): **Increasing social imitations in preschoolers with autism using a combination of social stories**, **pictorial cues and role play**, Florida State.
71. Sheppard, Elizabeth (2008): **Current theoretical, practical issues in autism diagnosis**, The University of Texas at Autism, 2006.
72. Sigman, lisa (1997): **Children with autism develop perspective summary of Book.**
73. Smith, Trist ram (1996): **Behavioral intervention for young children with autism**, Texas.
74. Stephane Jamain , Konstanlin Radyushkin (2008): **Reduced Social interaction and uitorsonic communication in mouse model of monogenic her table autism**, Proceedings of the national academy of sciences of the united states of America, Feb 5, 5 , pg.
75. Stone Wendy (1997): **Nonverbal communication in 2&3 years old children with autism**. Journal of autism and developmental disorders, p27.
76. Strain Phillip, Marilyn hyson (2000): **The need for longitudinal intensive social skills intervention, LEAP follow-up outcomes for children with autism**. J.A.B.A.

77. Strock, Margret (2004): **Autism Spectrum Disorder,(Pervasive developmental disorder)**, National institute of mental health (NIH).

78. Sue, Teresa web (1999): **PECS, the development of the picture exchange communication system in the UK**. Journal of autism.

79. Taras, Matson, Leary (1988): **Training social inters kills in two autistic children**. J.behavior the psychiatry, p275-280.

80. Thomasl, Jacbbosn, chair (2005): **The use of musically adapted social stories in home based environments**, Florida state university.

81. Trevarthen, Colwyn, Aitken, Kenneth (1998): **Children with autism**, London, Jessica-Kingsley publishers.

82. Uta, Firth (2003): **Autism, my stories of the mind, scientific**, American New York.

83. Valerie. M. Volketrti (2010): **Recent studies on feeding problems in children with autism**, University of Nebraska Medical Center, Journal of applied analysis.

84. Volkmar, F.R.Cohen (1996): **Autism pervasive developmental disorders, diagnosis and assessment.**

85. Wahlen Christina (2006): **The collateral effects of joint attention training on social initiations positive affect imitation and spontaneous speech for young children with autism**, (www.proquest.com).

86. Watts Kari (2002): **The effectiveness of a social story intervention in decreasing disruptive behavior in autistic children**, The Ohio state university.

87. Whelan, Walker (1999): **Effective teaching strategies and behavior prevention techniques**, paper in conference autism 99, (www.autism99).

فهرس الملاحق

ملحق (1): استمارة ملاحظة لسلوك الطفل

رقم الهدف	التقييم المرحلي لجلسات البرنامج	المحاولة 1	المحاولة 2	المحاولة 3	المحاولة 4	المحاولة 5	لم يحقق الهدف
الأول	هل قام الطفل بإلقاء التحية على أصدقاءه عند دخوله للصف؟						
الثاني	هل انتظر الطفل دوره أثناء النشاطات؟						
الثالث	هل قام الطفل بتحريك يده للوداع؟						
الرابع	هل ابتعد عن السلوك العدواني أثناء اللعب؟						
الخامس	هل استطاع الطفل أن يتواصل بصرياً عند أداء مهامه؟						
السادس	هل استخدم بعض الكلمات؟						
السابع	هل استطاع الطفل التمييز بين التعبيرات الوجهية المختلفة؟						
الثامن	هل استخدم بعض الإيماءات الاجتماعية؟						
التاسع	هل قام الطفل بإجراء حوار مع أقرانه؟						

العاشر	هل قدم الطفل المساعدة لرفاقه؟						
الحادي عشر	هل اندمج في مجموعات تعاونية؟						

تخصص استمارة لكل طفل من أطفال المجموعة، يقوم مشرف الصف بتدوين ملاحظاته عليها.

ملحق (2): جدول تحكيم البرنامج

العبارات	مناسب	غير مناسب	ملاحظات أخرى
مناسبة البرنامج لتحقيق الأهداف			
عدد الجلسات اللازمة لتحقيق الأهداف المطلوبة			
ملاءمة العينة للأنشطة المستخدم			
الزمن المخصص لتنفيذ جلسات البرنامج			
الأدوات والوسائل التدريبية المستخدمة			
ملاءمة الأنشطة المتنوعة للعينة			
ملاءمة الفنيات المستخدمة للأهداف المنشودة			

ملاحظات أخرى:

ملحق (3): مقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين بصورته النهائية

العبارات	نعم	أحياناً	أبداً
1. يتمتع بشعبية كبيرة بين أقرانه			
2. يبدو ودوداً تجاه الآخرين			
3. يشعر بالاستمتاع عند وجوده مع أقرانه			
4. يعمل على جذب اهتمام وانتباه المحيطين به			
5. يحاول أن يكسب ودّ أقرانه			
6. لا يتعاون مع الآخرين ما لم يطلب أحد منه ذلك			
7. لا يتضايق من وجوده مع الآخرين أو وجوده بمفرده			
8. لا يهتم بفرح أقرانه أو حزنهم			
9. يهتم وينشغل كثيراً بإجراء حوار مع أحد أقرانه			
10. تسره التفاعلات والأعمال التعاونية أو المتبادلة مع الآخرين			
11. يمكنه إقامة علاقات صداقة تقليدية مع أقرانه			
12. تتسم حواراته مع الآخرين بالذاتية أي تنصب على ذاته			
13. إذا لم يحصل على ما يريد فانه يغضب وينفجر بكاء			
14. يشكر من يقدم له خدمة أو يساعده على أداء شيء ما			
15. لا يبادر بإجراء حوار مع أقرانه وان فعل ذلك فلا يكمله			
16. يتجنب التواصل البصري بكافة أشكاله			

17. يعتذر عندما يرتكب أي خطأ تجاه الآخرين			
18. يعبر عن انفعالاته المختلفة كالخوف والحزن والسرور مثلاً بشكل واضح			
19. يتعاطف مع وجهات نظر ومشاعر الآخرين			
20. يفهم التعبيرات الوجهية بشكل صحيح			
21. عندما يوجه أحد أصدقائه اللوم إليه فانه لا يغضب من ذلك			
22. يدرك الإيماءات الاجتماعية كالإشارة باليد وحركة الرأس للتعبير عن الرفض أو الموافقة مثلاً			
23. يشترك مع أقرانه في اللعب والأنشطة المختلفة			
24. يفضل أن تكون بمفرده معظم الوقت			
25. يتشبث جسدياً بالآخرين للتواصل معهم			
26. يتجنب أي شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين حتى الأشكال البسيطة			
27. حركة ونشاط الآخرين حوله تشعره بالانزعاج			
28. يقبل على الألعاب الجماعية			
29. يحب القيام بالمهام التي يشترك فيها مع بعض أقرانه			
30. يدعو أقرانه لمشاركته في النشاط الذي يقوم به			
31. يخشى الآخرين ويخاف منهم ويحاول الابتعاد عنهم			
32. يغضب ويجري بعيدًا عندما يقترب منه شخص آخر			

يوجد أمام كل عبارة ثلاثة اختيارات هي (نعم – أحياناً – مطلقاً) تحصل على الدرجات (2 – 1 – 0) على التوالي، باستثناء العبارات السلبية وهي التي تحمل الأرقام (6–7–8–12–13–15–16–24–26–27–31–32) وعددها 12 عبارة فتتبع عكس هذا التدريج.

ملحق (4): مقياس جيليام لتشخيص التوحد (2007) – الطبعة الثانية

Gilliam autism Rating Scale (GARS) – Second Edition

الجزء الأول : المعلومات العامة

اسم الحالة: .... الجنس : ذكر / أنثى ....

الدرجة : .... المدرسة : ....

العمر : .... تاريخ الميلاد : ...../...../..................

تاريخ تطبيق المقياس : ...../....../.......... اسم المقدر للحالة : ....

اسم الفاحص : .... صفة الفاحص : ....

الجزء الثاني : ملخص الدرجات

الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
السلوكيات النمطية				
التواصل				
التفاعل الاجتماعي				
مجموع درجات الأبعاد				
معامل التوحد				

الجزء الثالث : دليل تفسير الدرجات

الدرجات المعيارية للأبعاد الفرعية	معامل التوحد	إمكانية وجود التوحد
7 أو أكثر	85 أو أكثر	احتمال كبير
6 – 4	84 – 70	احتمال ممكن
3 – 1	69 أو أقل	غير محتمل

الجزء الرابع : بروفيل النتائج

الدرجات المعيارية	الأبعاد الفرعية			معامل التوحد
	السلوكيات النمطية	التواصل	التفاعل الاجتماعي	

الجزء الخامس : فقرة الإجابات الفردية

البعد الفرعي (1): السلوكيات النمطية

التوجهات : قيم البنود التالية وفقاً لمعدل الحدوث . استخدم الإرشادات التالية لتقييماتك :

(0) لا يلاحظ أبدا – لا تشاهد أبدا هذا الشخص يتصرف بهذا الأسلوب.

(1) يلاحظ نادرا – يتصرف الشخص بهذا الأسلوب 1 – 2 مرات خلال فترة 6 ساعات.

(2) يلاحظ أحيانا – يتصرف الشخص بهذا الأسلوب 3 – 4 مرات خلال فترة 6 ساعات.

(3) يلاحظ بشكل متكرر – يتصرف الشخص بهذا الأسلوب 5 – 6 مرات على الأقل خلال فترة 6 ساعات.

ضع دائرة حول الرقم الذي يصف ملاحظاتك عن التصرف النموذجي للشخص في الظروف الاعتيادية (مثلا .. في معظم الأماكن، مع أشخاص مألوفين، وفي الأنشطة اليومية المعتادة). تذكّر أن تقيم كل بند. إذا كنت غير قادر على تقييم البند، أجّل التقييم ولاحظ الشخص لفترة 6 ساعات لتتمكن من تحديد التقييم. تذكّر أن كل بند يجب أن يأخذ درجة.

العبارة	لا يلاحظ أبدا	يلاحظ نادرا	يلاحظ أحيانا	يلاحظ بشكل متكرر
1. يتجنب التقاء العينين، ينظر للبعيد عند التقاء العينين				
2. يحدق في اليدين والأشياء أو المواد الموجودة في المحيط لمدة 5 ثوانٍ على الأقل				
3. ينقر الأصابع بسرعة أمام عينيه لفترات 5 ثواني أو أكثر				
4. يأكل أطعمة معينة ويرفض تناول ما يأكله معظم الناس عادة				
5. يلعق ويتذوق أو يحاول أن يأكل أشياء لا تؤكل (مثل يد شخص، دمى، كتب)				
6. يشم أو يتنشق أشياء (مثل دمى، يد شخص، شعر)				
7. يندفع ويدور بشكل حلقي				
8. يدور أشياء غير مصممة للدوران (مثل صحون الفناجين، أكواب، كؤوس)				
9. يهتزّ للخلف والأعلى عند الجلوس أو الوقوف				
10. يقوم باندفاع سريع وحركات خاطفة عندما يتحرك من مكان إلى أخر				
11. يثب (أي يمشي على رؤوس الأصابع)				
12. يرفرف بيديه أو أصابعه أمام وجهه أو على جانبيه				
13. يصدر أصواتاً عالية (مثل أي أي) أو ألفاظا أخرى كمثير ذاتي له				

14. يصفع ويضرب أو يعضّ نفسه أو يحاول أن يؤذي نفسه بطرق أخرى				
الدرجة الكلية للسلوكيات النمطية				

البعد الفرعي (2): التواصل

التوجهات : قيم البنود التالية وفقاً لمعدل الحدوث . استخدم الإرشادات التالية لتقييماتك :

(0) لا يلاحظ أبدا – لا تشاهد أبدا هذا الشخص يتصرف بهذا الأسلوب.

(1) يلاحظ نادرا – يتصرف الشخص بهذا الأسلوب 1 – 2 مرات خلال فترة 6 ساعات.

(2) يلاحظ أحيانا – يتصرف الشخص بهذا الأسلوب 3 – 4 مرات خلال فترة 6 ساعات.

(3) يلاحظ بشكل متكرر – يتصرف الشخص بهذا الأسلوب 5 – 6 مرات على الأقل خلال فترة 6 ساعات.

ضع دائرة حول الرقم الذي يصف ملاحظاتك عن التصرف النموذجي للشخص في الظروف الاعتيادية (مثلا .. في معظم الأماكن، مع أشخاص مألوفين، وفي الأنشطة اليومية المعتادة). تذكّر أن تقيم كل بند. إذا كنت غير قادر على تقييم البند، أجّل التقييم ولاحظ الشخص لفترة 6 ساعات لتتمكن من تحديد التقييم. تذكّر أن كل بند يجب أن يأخذ درجة.

كيف يتواصل هذا الشخص ؟ يتكلم ... يشير ... لا يتكلم ولا يشير ...

إذا كان الشخص لا يتكلم ولا يشير أو لا يستخدم أي طريقة أخرى للتواصل ، تجاهل هذا البعد الفرعي.

العبارة	**لا يلاحظ أبدا**	**يلاحظ نادرا**	**يلاحظ أحيانا**	**يلاحظ بشكل متكرر**
15. يكرر الكلمات حرفيا أو بالإشارات				
16. يكرر الكلمات خارج سياق الكلام (أي يكرر كلمات سمعها في وقت سابق، مثلا يكرر كلمات سمعها قبل دقيقة واحدة)				

17. يكرر الكلمات أو العبارات عدة مرات				
18. يتحدث أو يشير بأسلوب وشعور سطحي أو أنماط غير منتظمة				
19. يستجيب بشكل غير ملائم للأوامر البسيطة (مثلا اجلس، قف ...)				
20. ينظر بعيداً أو يتجنب النظر إلى المتكلم عندما يناديه باسمه				
21. لا يسأل عن الأشياء التي يريدها / تريدها				
22. لا يقوم بإجراء محادثة مع أقرانه أو مع الكبار				
23. يستخدم (نعم) و (لا) بشكل غير مناسب. يقول (نعم) عندما يسأل إذا كان يريد مثير يكرهه، أو يقول (لا) عندما يسأل إذا كان يريد دمية يفضلها				
24. يستخدم الضمائر بشكل غير مناسب (مثلا يشير إلى نفسه بـ (هو)، (أنت)، (هي) ...)				
25. يستخدم كلمة (أنا) بشكل غير مناسب (مثلاً لا يقول (أنا) عندما يشير إلى نفسه)				
26. يكرر أصواتاً مبهمة (ثرثرة) عدة مرات				
27. يستخدم الإيماءات بدلاً من الكلام أو الإشارات للحصول على الأشياء				
28. يجيب عن الأسئلة بشكل غير مناسب بعبارة أو قصة موجزة				
الدرجة الكلية للتواصل				

البعد الفرعي (3): التفاعل الاجتماعي

التوجهات : قيم البنود التالية وفقاً لمعدل الحدوث . استخدم الإرشادات التالية لتقييماتك :

(0) لا يلاحظ أبدا – لا تشاهد أبدا هذا الشخص يتصرف بهذا الأسلوب.
(1) يلاحظ نادرا – يتصرف الشخص بهذا الأسلوب 1 – 2 مرات خلال فترة 6 ساعات.
(2) يلاحظ أحيانا – يتصرف الشخص بهذا الأسلوب 3 – 4 مرات خلال فترة 6 ساعات.
(3) يلاحظ بشكل متكرر – يتصرف الشخص بهذا الأسلوب 5 – 6 مرات على الأقل خلال فترة 6 ساعات.

ضع دائرة حول الرقم الذي يصف ملاحظاتك عن التصرف النموذجي للشخص في الظروف الاعتيادية (مثلا .. في معظم الأماكن، مع أشخاص مألوفين، وفي الأنشطة اليومية المعتادة). تذكّر أن تقيم كل بند. إذا كنت غير قادر على تقييم البند، أجّل التقييم ولاحظ الشخص لفترة 6 ساعات لتتمكن من تحديد التقييم. تذكّر أن كل بند يجب أن يأخذ درجة.

العبارة	لا يلاحظ أبدا	يلاحظ نادرا	يلاحظ أحيانا	يلاحظ بشكل متكرر
29. يتجنب التقاء العينين، ينظر للبعيد عند التقاء العينين				
30. يحدق أو يبدو غير سعيد أو ممل عندما يطرى عليه أو يمزح معه أو يكرم				
31. يقاوم الاتصال الجسدي مع الآخرين (مثل العناق، التربيتة)				
32. لا يقلد الآخرين عندما يطلب منه تقليدهم (كما في الألعاب أو الأنشطة التعليمية)				
33. ينسحب ويتصرف بتحفظ في المواقف الجماعية				
34. يتصرف بخوف غير عقلاني وبأسلوب مخيف				

35. غير عطوف، ولا يظهر استجابات عطوفة (مثل العناق والقبلات ...)				
36. يظهر عدم تمييز بأن الشخص موجود (أي ينظر بين الناس)				
37. يضحك ويتقهقه ويبكي بشكل غير مناسب				
38. يستخدم الدمى أو الأشياء بشكل غير مناسب (مثلا يدور السيارة، يفك أجزاء الدمية)				
39. يفعل أشياء بشكل متكرر وكأنها طقوس				
40. يصبح مضطرباً عند تغيير الأنظمة التي اعتاد عليها				
41. يستجيب بشكل سلبي أو بنوب غضب حادة عندما يتلقى أوامر أو طلبات أو إرشادات				
42. ينظم الأشياء بشكل دقيق ومرتب، ويصبح مضطرباً عندما يختل هذا الترتيب				
الدرجة الكلية للتفاعل الاجتماعي				

ملحق (5): جدول بأسماء المحكمين

الدكتور	المرتبة العلمية	الجامعة المنتسب إليها	تحكيم البرنامج	تحكيم المقاييس
د.غسان أبو فخر	أستاذ في قسم التربية الخاصة	جامعة دمشق	+	+
د.محمد قاسم العبد الله	أستاذ في قسم الإرشاد النفسي عميد كلية التربية بجامعة حلب	جامعة حلب	+	+
د.مرعي الزامل	مدرس في قسم القياس والتقويم	جامعة حلب	+	+
د.عمر ألتنجي	مدرس في قسم الإرشاد النفسي	جامعة حلب	+	+
د.مصطفى طيفور	مدرس في قسم القياس والتقويم عميد كلية التربية بجامعة الفرات	جامعة حلب		+
د.عبد الرحمن الخالد	أخصائي النطق واضطراب اللغة	جامعة القاهرة	+	+
د.معمر هوارنة	مدرس في قسم علم النفس	جامعة دمشق	+	+
د.غسان خلف	مدرس في قسم علم النفس	جامعة دمشق	+	+
د.عزيزة رحمة	مدرس في قسم القياس والتقويم	جامعة دمشق		+
أ.محمود اسماعيل	اجازة في اللغة عربية	حلب	+	+

ملحق (6): يبين درجات أفراد فئة الإعاقة العقلية على مقياس جيليام للتوحد

الطالب	مقياس جيليام		
	السلوكيات النمطية	التواصل	التفاعل الاجتماعي
1	10	9	10
2	9	9	8
3	8	10	7
4	6	8	10
5	5	11	6
6	5	12	5
7	6	9	10
8	4	10	8
9	4	11	9
10	3	10	14
11	2	8	11
12	3	12	6

ملحق (7): يبين درجات أطفال المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس جيليام لحساب التكافؤ قبل تطبيق البرنامج

مقياس جيليام قبل البرنامج (للتجانس)		
الطالب	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية
1	79	71
2	72	76
3	74	63
4	77	81
5	82	77
6	68	72

ملحق (8): مفصّل جلسات البرنامج

يتضمن البرنامج الجلسات التالية:

- **الجلسة الأولى [1]:**

مدتها (30) دقيقة، خاصة بالتعرف على الأطفال التوحديين ثم تطبيق مقياس جيليام لتشخيص التوحد ومقياس التفاعلات الاجتماعية على أفراد العينة الضابطة والتجريبية.

- **الجلسة الثانية [2]:**

مدتها (40) دقيقة، خاصة بتثقيف الإداريين والمشرفين بالبرنامج التدريبي السلوكي المقترح وأهدافه والدور المتوقع منهم أثناء البرنامج وبعد الانتهاء من تنفيذه، وتوزع نشرات عن فنيات تعديل السلوك ليتمكن المشرفون والأمهات من الاستفادة منها.

- **الجلسة الثالثة [3]:**

مدتها (30) دقيقة)، تمّ تخصيصها لخلق جوٍ من التآلف والتعاون وإشاعة المودة بين الأطفال والباحث والتعرف على التاريخ الطبي لكل حالة والإجراءات المتخذة معه والبرامج والوسائل المعدة له والوقوف على خصائص كل طفل من الأطفال والتعامل معه بالشكل المناسب.

- **من الجلسة الرابعة إلى الجلسة السادسة [4-6]:**
- **الهدف الفرعي :زيادة الاهتمام الاجتماعي لدى الطفل بالآخرين والانشغال بهم**
- **الهدف السلوكي :(أن يبادر الطفل بإلقاء التحية باليد على رفاقه عند دخول الصف).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (35) دقيقة.
- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** بطاقات مرسومٌ عليها أطفال يتبادلون السلام باليد – لاصق.
- **الفنيات المستخدمة:** التعزيز ، النمذجة.
- **الخطوات:**

1- تقف الباحثة أمام الأطفال وتوزع على كلٍ منهم بطاقة تعكس التفاعل الاجتماعي.

2- تُخرِج الباحثة نفس البطاقة ولكن بحيث تكون ناقصة من اليدين وتوجه انتباه الأطفال إلى الجزء الناقص.

3- تقوم الباحثة بلصق الجزء الناقص في المكان المناسب لتكملة الصورة.

4- تطلب الباحثة من مشرف الصف تكرار نفس العملية (عملية اللصق).

5- ثم تطلب من كل طفلٍ من الأطفال القيام بعلمية إكمال الصورة التي بحوزته (بعدما يوضع الجزء الناقص جانباً).

6- تمدّ الباحثة يدها لكل طفلٍ للسلام عليه وذلك بمساعدة المشرف، مع قول كلمة (مرحباً).

7- تطلب الباحثة من كل طفلٍ أن يقوم بالسلام على جميع أقرانه وأن يقول كلمة (مرحباً).

8- يُعزَز الطفل عند كل خطوةٍ يقوم بها بعبارات ثناء ومدح وإعطائه الصورة كنوع من التعزيز المادي.

- **من الجلسة السابعة إلى الجلسة التاسعة [7-9]:**

- **الهدف الفرعي :زيادة الاهتمام الاجتماعي لدى الطفل بالآخرين والانشغال بهم**
- **الهدف السلوكي :(أن يبادر الطفل بإلقاء التحية باليد على رفاقه عند دخول الصف).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (40) دقيقة.
- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** كراسة من الصور.
- **الفنيات المستخدمة:** التعزيز، النمذجة، القصة الاجتماعية، لعب الدور.
- **الخطوات:**

1- تقوم الباحثة بإعداد كراسة من الصور توزَّع على كل طفلٍ من أطفال المجموعة، تعبّر عن قصة اجتماعية بسيطة.

2- تسرد الباحثة القصة وفقاً للصور الموجودة وتطلب من كل طفلٍ قلب الصورة التي تناسب أحداث القصة.

3- تقف الباحثة أمام الأطفال وتوزع عليهم الكراسات وتبدأ بسرد القصة التالية:

هاني يطرق باب الصف.

المعلم يفتح الباب لهاني.

هاني يلقي التحية على المعلم ويصافحه باليد.

هاني يلقي التحية على زميله باليد.

وفي كل مشهد من المشاهد يتم قلب الصورة المناسبة له بتوجيه من مشرف الصف.

4- تطلب الباحثة من المشرف القيام بتمثيل هذه القصة مع التأكيد على متابعة الأطفال للأحداث.

5- تشكر الباحثة المشرف، وتطلب من كل طفلٍ من الأطفال القيام بأداء هذه القصة.

6- يعزز المشرف كل خطوةٍ يقوم بها الطفل، ويعطيه الكراسة كمحفز مادي في حال قيامه بالسلوك المطلوب وتؤخذ ممن لم يؤدِّ دوره بشكل كامل.

- **التقييم:** استمارة ملاحظة توضح عدد المحاولات التي يقوم بها كل طفل (ملحق (1)).

- **من الجلسة العاشرة إلى الجلسة الرابعة عشرة [10-14]:**
- **الهدف الفرعي: زيادة الاهتمام الاجتماعي لدى الطفل بالآخرين والانشغال بهم**
- **الهدف السلوكي: (أن يقوم الطفل بتحريك يده للوداع عند الخروج من الصف).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (40) دقيقة.

- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** مشاهد فيديو مصورة تُعرض على الكمبيوتر وتوضح الوداع في مواقف عدة.

- **الفنيات المستخدمة:** التعزيز، التقليد، التلقين اليدوي.

- يتم عرض أفلام الفيديو على جلستين والقيام بنفس الخطوات لتمكين الأطفال من إتقان الهدف واستيعابه على أكمل وجه.

- **الخطوات:**

1- يتم إحضار طاولة يُوضَع عليها جهاز الكمبيوتر ويُوضَع حولها مجموعة من الكراسي كي يتسنَّ لكل طفلٍ من الأطفال مشاهدة مقطع الفيديو.

2- تقوم الباحثة بعرض مشاهد توضح الوادع في مواقف (الخروج من المنزل، النزول من باص المدرسة، الخروج من غرفة الصف) مع تكرار المشهد الأخير ثلاث مرات.

3- تقوم الباحثة بالتظاهر بأنها تخرج من غرفة الصف ملوحةً بيدها مع قول (مع السلامة)، ويلوح المشرف بيده لتوديع الباحثة قائلاً (مع السلامة).

4- تكرر هذه العملية ثلاث مرات.

5- تطلب الباحثة من المشرف القيام بعملية الوادع.

6- ثم تطلب الباحثة من كل طفلٍ القيام بهذه العملية بتوجيه من مشرف الصف سواءً كان لفظياً أو يدوياً.

7- يكرّر الطفل عملية الوادع بمفرده دون تدخل مشرف الصف.

8- يُثنى الطفل ويعزَز بنجوم تلصق على جبينه عند أدائه الدور دون مساعدة المشرف.

- **التقييم:** استمارة ملاحظة توضح عدد المحاولات التي يقوم بها الطفل.

- **من الجلسة الخامسة عشرة إلى الجلسة الثامنة عشرة [15-18]:**
- **الهدف الفرعي : زيادة الاهتمام الاجتماعي لدى الطفل بالآخرين والانشغال بهم**
- **الهدف السلوكي : (أن ينتظر الطفل دوره أثناء النشاطات الجماعية).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (40) دقيقة.

- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** سجاد أحمر طويل، شرائط حمراء اللون، كرة سلة، نجم.

- **الفنيات المستخدمة:** التعزيز ، التلقين، النمذجة، التجاهل.

- **الخطوات:**

1- تقوم الباحثة مع مشرف التربية الرياضية بتجهيز غرفة اللعب، حيث يُمدّ السجاد على الأرض ويحاط بشرائط حمراء من الجانبين لعمل ممر، ويحدد بداية ونهاية الممر بنجمة كبيرة توضع على الأرض عند البداية وأخرى عند النهاية ، يوجد عند بداية الممر كرة وفي نهايته توجد السلة.

2- تقف الباحثة وخلفها المشرف عند نقطة البداية حاملةً الكرة وتسير بالممر حتى تضع الكرة بالسلة.

3- يقوم المشرف بتكرار العملية.

4- تقوم الباحثة مع مشرف التربية الرياضية بصفّ الأطفال على شكل طابور وتطلب من كل واحد طفلٍ التقدم ووضع الكرة في السلة.

5- تُكرر العملية عدة مرات حتى يتم إتقانها من قبل الطفل.

6- يستخدم المشرف التوجيه اليدوي في المرة الأولى مع التقليل التدريجي لاستخدامه في المرات التالية.

7- يعزَّز كل طفلٍ بعبارات الثناء والمدح لحسن أدائه، ويتجاهل كل سلوكٍ غير مرغوب يصدر عنه.

8- يتم تعزيز الأطفال في نهاية اللعبة بإعطائهم كرات تدعم استجابتهم أو تقويها.

- **من الجلسة التاسعة عشرة إلى الجلسة الحادية والعشرين [19–21]:**
- **الهدف الفرعي : زيادة الاهتمام الاجتماعي لدى الطفل بالآخرين والانشغال بهم**
- **الهدف السلوكي : (أن ينتظر الطفل دوره أثناء النشاطات الجماعية).**

– **المدة اللازمة للجلسة:** (40) دقيقة.

– **الأدوات والوسائل المستخدمة:** مكعبات مستطيلة الشكل ذات أحجام مختلفة، طاولة، كراسي.

– **الفنيات المستخدمة:** التعزيز، التلقين اليدوي، النمذجة، لعب الدور.

– **الخطوات:**

1– تقوم الباحثة بإحضار المكعبات ذات الأحجام المختلفة ووضعها على طاولة أمام الأطفال.

2– ترتّب الباحثة المكعبات من الأكبر إلى الأصغر لتحصل على شكل هرم.

3– تطلب الباحثة من مشرف الصف بناء هرم المكعبات أمام الأطفال، وبعد الانتهاء من مهمته تشكره بصوتٍ عالٍ وواضحٍ.

4– ثم تقوم الباحثة بتقسيم الأطفال إلى مجموعتين تتألف كل منها من ثلاثة أطفال.

5– يجلس كل طفلٍ على كرسي حول طاولة دائرية لإنجاز الهدف.

6– توزّع الباحثة والمشرف عدداً من المكعبات المختلفة الأحجام على أطفال المجموعتين.

7– تطلب الباحثة من كل مجموعة بناء هرم المكعبات مع التوجيه اليدوي في بادئ الأمر،حيث يضع الطفل الذي يمتلك المكعب ذو الحجم الكبير في قاعدة الهرم ثم المكعب ذو الحجم المتوسط ثم المكعب الصغير وبالتالي على كل طفل انتظار دوره لوضع المكعب في مكانه المناسب ..

8– يكرّر الأطفال ترتيب المكعبات ثم يتم تبديل المكعبات التي بحوزة كل واحد منهم مع التقليل التدريجي للتوجيه اليدوي واللفظي.

9– تشجّع الباحثة الأطفال بعبارات مختلفة أثناء العمل مثل (ممتاز، رائع).

10– تشكر الباحثة الأطفال عندما ينتهون من بناء الهرم قائلةً لهم: (شكراً، هذا جميل).

- **من الجلسة الثانية والعشرين إلى الجلسة الخامسة والعشرين [22–25]:**
- **الهدف الفرعي : زيادة الاهتمام الاجتماعي لدى الطفل بالآخرين والانشغال بهم.**
- **الهدف السلوكي : (أن ينتظر الطفل دوره أثناء النشاطات الجماعية).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (30) دقيقة.
- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** فولار.
- **الفنيات المستخدمة:** التعزيز، التقليد، الإقصاء.
- **الخطوات:**

1- تطلب الباحثة بتوجيهٍ من مشرف الصف ترشيح ثلاثة طلاب من الفئات العليا (الطلاب الأكبر سناً ولتكن أعمارهم 13 سنة) لمساعدتها في تنفيذ اللعبة.

2- تشكر الباحثة الطلاب على تعاونهم وتشرح لهم لعبة (فات الثعلب):

1. يجلس الطلاب الثلاثة بشكلٍ دائري.
2. تمسك الباحثة بالفولار وتدور حول الدائرة مردّدةً عبارة: (فات الثعلب فات فات).
3. ترمي الباحثة الفولار إلى أحد الطلاب فيقوم الطالب وتجلس الباحثة مكانه ليدور حول الدائرة مكرراً نفس العبارة.
4. تثني الباحثة على مشاركة الطلاب وتطلب من الأطفال التصفيق لهم بقوة.

3- تطلب الباحثة من الطلاب الجلوس بشكلٍ دائري.

4- يقوم المشرف بالدوران حول الدائرة حاملاً الفولار ومردداً العبارة السابقة.

5- يرمي المشرف الفولار إلى أحد الأطفال ليقوم هو (الطالب) بالدوران، وهكذا.

6- لا تسمح الباحثة لأي طالبٍ ليقوم بالدوران إلا عندما يُرمى الفولار إليه.

7- يعاقَب السلوك الخاطئ بإقصاء الطفل عن اللعب، ويعزز الإجراء الصحيح .(يتم الإقصاء بعزل الطالب في زاوية غرفة اللعب وإبعاده عن اللعب والسماح له بالمشاهدة فقط لمدة تتراوح ما بين (5-10) دقائق).

- **التقييم:** استمارة ملاحظة توضح عدد المحاولات التي يقوم بها كل طفل.

- **من الجلسة السادسة والعشرين إلى الجلسة الثامنة والعشرين [26-28]:**

- **الهدف الفرعي : زيادة الاهتمام الاجتماعي لدى الطفل بالآخرين والانشغال بهم**
- **الهدف السلوكي : (أن يبتعد الطفل عن السلوك العدواني أثناء اللعب).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (35) دقيقة.
- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** صور متنوعة، طاولة، كراسي.
- **الفنيات المستخدمة:** التعزيز الرمزي، النمذجة، لعب الدور.
- **الخطوات:**

1- تقوم الباحثة بالتنسيق مع مشرف الصف لتجهيز حجرة الدراسة لتنفيذ العمل.

2- توزّع الباحثة الأطفال إلى مجموعتين، تتألف كلٌ منهما من ثلاثة أطفال.

3- تضع الباحثة بمساعدة المشرف في منتصف الحجرة طاولتين وحول كلٍ منهما ثلاثة كراسي يجلس الأطفال عليها.

4- تشرح الباحثة للأطفال المطلوب تنفيذه خلال هذه الجلسة بقولها: (يا أبطال سأعرض عليكم صوراً تحتوي على سلوكات صحيحة وصوراً أخرى تحتوي على سلوكات خاطئة).

5- تعرض الباحثة كل صورةٍ وتشرح الموقف الذي تمثّله:

1- صورة لطفل يشدّ قميص رفيقه.

2- صورة لطفل يصافح رفيقه.

3- صورة لطفل يتحدث مع رفيقه.

4- صورة لطفل يضرب رفيقه.

6- تقف الباحثة عند كل صورةٍ بعد شرحها قائلةً: (الصورة الأولى خطأ، الصورة الثانية صح، صفقوا له، الصورة الثالثة صح، صفقوا له، الصورة الرابعة خطأ).

7- تطلب الباحثة وبتوجيهٍ من المشرف مساعدة الأطفال كلٍ على حدة وبالتوالي لتحديد السلوكات الخاطئة والسلوكات الصحيحة، مع لفظ كلمة (صح، خطأ) عند كل صورة يمتلكها الطفل.

8- تشجّع الباحثة الطلاب وتثني عليهم عند كل محاولة صحيحة.

9- توزّع الباحثة حلقات بلاستيكية (فيَش) تُستبدل في نهاية الجلسة بمعززات محببة لكل سلوك صحيح قام به الطفل.

- **من الجلسة التاسعة والعشرين إلى الجلسة الثانية والثلاثين [29-32]:**

  - **الهدف الفرعي : زيادة الاهتمام الاجتماعي لدى الطفل بالآخرين والانشغال بهم**
  - **الهدف السلوكي : (أن يبتعد الطفل عن السلوك العدواني أثناء اللعب).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (35) دقيقة.
- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** كرة قدم، فولار أحمر وفولار أصفر.
- **الفنيات المستخدمة:** الإقصاء، التعزيز الرمزي، النمذجة.
- **الخطوات:**

1- تقوم الباحثة بمساعدة مشرف التربية الرياضية باصطحاب الأطفال إلى ملعب كرة القدم.

2- تطلب الباحثة من جميع الأطفال الوقوف في رتلٍ واحد والالتزام بالتعليمات.

3- توزّع الباحثة الأطفال إلى مجموعتين، كلٌّ منهما تضم ثلاثة أطفال، يلبس أفراد المجموعة الأولى الفولار الأحمر ويلبس أفراد المجموعة الثانية الفولار الأصفر، ويصطفّ كلٌّ من المجموعتين بشكلٍ دائري.

4- تعطي الباحثة التعليمات بعدم ممارسة العدوان والضرب والشدّ أثناء اللعب والالتزام بقواعد اللعبة.

5- تقف الباحثة مع أفراد المجموعة ذوي الفولار الأحمر ويقف المشرف مع أفراد المجموعة ذوي الفولار الأصفر.

6- تطلق الباحثة صفارتها معلنةً بدء اللعبة.

7- تقوم الباحثة بتمرير الكرة إلى أحد أطفال مجموعتها وبدوره يمرّرها إلى التالي وهكذا تتم عملية التمرير بشكل دائري ومنتظم، ويقوم المشرف بإتباع نفس الخطوات مع أفراد مجموعته.

8- تعاقب الباحثة الطفل الذي يمارس سلوكاً عدوانياً بحرمانه من اللعب مع أقرانه ،كأن يأخذ أحد الأطفال الكرة من زميله مستخدماً الضرب والعنف .

9- تعزّز الباحثة الطفل الذي يمارس سلوكاً حسناً ويبتعد عن سلوك العدوان بفيش تستبدل في نهاية الجلسة بمعززات داعمة محببة للفرد.

- **التقييم:** استمارة ملاحظة توضح عدد المحاولات التي يقوم بها كل طفل.

- **من الجلسة الثالثة والثلاثين إلى الجلسة السابعة والثلاثين [33–37]:**
  - **الهدف الفرعي : زيادة القدرة على التواصل الاجتماعي لدى الطفل.**
  - **الهدف السلوكي : (أن يتواصل الطفل بصرياً عند أداء المهام المطلوب تنفيذها).**

– **المدة اللازمة للجلسة:** (35) دقيقة.

– **الأدوات والوسائل المستخدمة:** كرة.

– **الفنيات المستخدمة:** التعزيز، النمذجة، لعب الدور.

– **الخطوات:**

1– تقوم الباحثة بمساعدة المشرف بوضع الطفل بوضعية (وجه لِوجه) أمام الباحثة، حيث يتم تدريب كل طفلٍ على حدة بالنسبة لهذا الهدف.

2– تأخذ الباحثة الكرة بحماس قائلةً (واااااااو كرة، انظر إليّ).

3– تقوم الباحثة بتقريب الكرة إلى وجه الطفل وذلك لتثير انتباه الطفل.

4– تطلب الباحثة من المشرف الجلوس بالقرب من الطفل، ثم تقوم بتقريب الكرة من وجه الطفل وإبعادها قائلةً: (انظر إليّ).

5– إذا استجاب الطفل بأيّ استجابة وإنْ كانت ضئيلة يعزّز مباشرةً، وإذا لم يستجب الطفل يقوم المشرف بوضع يده تحت ذقن الطفل ورفعها قليلاً وتوجيه رأسه باتجاه الباحثة دون إجباره على ذلك.

6– تطلب الباحثة من الطفل الإمساك بالكرة وتقريبها من وجهه وذلك بمساعدة المشرف وتعزيزه مباشرةً عند قيامه بذلك.

7– تكرّر العملية عدة مرات مع تغيير الوضعيات في كل مرة.

– **التقييم:** استمارة ملاحظة توضح عدد المحاولات التي يقوم بها كل طفل.

– يستغرق تدريب الطفل على هذا الهدف مدة (10) دقائق، لذا سيتم تطبيقه على جلستين ليشمل جميع أفراد العينة.

- **الجلسة الثامنة والثلاثين إلى الجلسة الحادية والأربعين [38-41]:**

- **الهدف الفرعي : زيادة القدرة على التواصل الاجتماعي لدى الطفل.**
- **الهدف السلوكي : (أن يستخدم الطفل بعض الكلمات مثل (شكراً، عفواً)، (نعم، لا)، (أهلاً، إلى اللقاء).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (40) دقيقة.

- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** بطاقات بيضاء، وعلى كل بطاقةٍ منها صورة (بيت، مدرسة، صورة للطفل).

- **الفنيات المستخدمة:** النمذجة، التلقين، التعزيز الاجتماعي، التعزيز المادي.

- **الخطوات:**

1- تطلب الباحثة من مشرف الصف ترشيح طالبين من طلاب الصفوف العليا للمشاركة في توضيح خطوات الجلسة.

2- تستقبل الباحثة الطالبين بالمصافحة والترحيب بقول كلمة (أهلاً)، وتشكرهما على قبول الدعوة للمساهمة في شرح بعض جوانب الجلسة.

3- تطلب الباحثة من جميع الطلاب الجلوس بهدوء على الكراسي ومتابعة التعليمات الخاصة.

4- تبتسم الباحثة للأطفال قائلةً: (الآن يا أحبائي أوزّع عليكم بطاقات جميلة تحمل صوراً جميلة).

5- تدعو الباحثة الأطفال واحداً تلو الآخر ليستلموا البطاقات الخاصة بهم.

6- تستقبل الباحثة كل طفلٍ بقول كلمة (أهلاً)، ويردّد الطفل كلمة (أهلاً).

7- تسلم الباحثة البطاقة للطفل وتشجعه على قول كلمة (شكراً) مع تعزيزه مباشرةً عندما يقولها وتردّ الباحثة عليه بقول كلمة (عفواً) وتطلب من زملائه تشجيعه بالتصفيق له.

8- تطلب الباحثة من الطالب الوقوف أمام الأطفال والتحدث عن نفسه باستخدام البطاقة على النحو التالي:

   1- يقف الطالب أمام الجميع بثقة.

   2- يلقي الطالب التحية على الأطفال، وتطلب الباحثة منهم الردّ عليه بكلمة (أهلاً).

3- يرفع الطالب البطاقة ويشير بيده اليمنى إلى صورته فيها قائلاً: (اسمي أحمد)، ثم يشير إلى صورة منزله قائلاً: (هذا بيتي)، ثم يشير إلى صورة مدرسته قائلاً: (هذه مدرستي)، ثم يشير إلى صور أصدقائه قائلاً: (هؤلاء أصدقائي).

9- تحثّ الباحثة كل طفلٍ على القيام بما قام به الطالب باستخدام البطاقات التي زودته بها الباحثة.

10- تحثّ الباحثة الأطفال على تشجيع زميلهم الذي ينهي حديثه بالتصفيق له.

11- في نهاية الجلسة تعطي الباحثة الصور للأطفال كشكل من أشكال التعزيز.

- **من الجلسة الثانية والأربعين إلى الجلسة الخامسة والأربعين [42-45]:**

- **الهدف الفرعي : زيادة القدرة على التواصل الاجتماعي لدى الطفل.**
- **الهدف السلوكي : (أن يستخدم الطفل بعض الكلمات مثل (شكراً، عفواً)، (نعم، لا)، (أهلاً، إلى اللقاء).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (45) دقيقة.

- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** أوراق نقدية، علب عصير، علب حليب، بعض المواد الغذائية.

- **الفنيات المستخدمة:** التعزيز الرمزي، النمذجة، لعب الدور.

- **الخطوات:**

1- تنسّق الباحثة مع مشرف الصف وإدارة المدرسة إمكانية الاستفادة من مقصف المدرسة للقيام بنشاط تمثيلي يستهدف إكساب الأطفال بعض مهارات التفاعل الاجتماعي.

2- تطلب الباحثة من مشرف الصف ترشيح أربعة طلاب من الصفوف العليا للمشاركة في شرح خطوات النشاط التمثيلي.

3- تستقبل الباحثة الطلاب بالمصافحة والترحيب والشكر على قبول الدعوة.

4- تستقبل الباحثة الأطفال وتصافحهم واحداً تلو الآخر قائلةً: (مرحباً)، وتطلب من كل واحدٍ منهم الردّ عليها بكلمة (مرحباً).

5- تشجع الباحثة الأطفال على مصافحة الطلاب الجدد وتحثّهم على أن يعرفوا بأسمائهم.

6- تطلب الباحثة من الأطفال الجلوس والاستماع إلى تعليمات الجلسة.

7- تطلب الباحثة من الطلاب الأربعة القيام بأداء الدور التمثيلي على النحو التالي:

1- الطالب الأول: يقوم بدور البائع في المقصف.

2- الطالب الثاني: يقوم بدور مساعد البائع في المقصف.

3- الطالبان الثالث والرابع: يقفان في طابور أمام شباك البائع بهدف الشراء من المقصف، ويجري الحوار التالي بينهم:

الطفل: مرحباً.	البائع: أهلاً.
الطفل: أريد عصيراً.	البائع: عصير؟!.
الطفل: نعم.	البائع: تفضّل.
الطفل: شكراً.	البائع: عفواً.

8- يتم ترتيب الأطفال على شكل طابور بحيث يقوم كل طفلٍ من أطفال المجموعة بعملية الشراء وإجراء الحوار السابق.

9- تعزّز كل كلمة تصدر عن الطفل تدلّ على تفاعل اجتماعي بقطع بلاستيكية.

10- تدعو الباحثة الطلاب لتناول العصير وتحثّهم على وضع الفضلات في سلة المهملات.

- **التقييم:** استمارة ملاحظة توضح عدد المحاولات التي يقوم بها كل طفل.

- **من الجلسة السادسة والأربعين إلى الجلسة الثامنة والأربعين [46-48]:**
- **الهدف الفرعي : زيادة القدرة على التواصل الاجتماعي لدى الطفل.**
- **الهدف السلوكي : (أن يستطيع الطفل التمييز بين التعبيرات الوجهية المختلفة (وجه ضاحك، حزين، غاضب).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (30) دقيقة.
- **الوسائل والأدوات المستخدمة:** صور فوتوغرافية.
- **الفنيات المستخدمة:** التعزيز، النمذجة، لعب الدور.
- **الخطوات:**

1- تقوم الباحثة بإحضار مجموعة من وجوه الكرتون لشخص مبتسم وآخر حزين وآخر غاضب ...

2- توزّع الباحثة نفس الصور على كل طفلٍ من أطفال المجموعة.

3- تبدأ الباحثة بإخراج كل وجهٍ من الوجوه مع استخدام نبرة الصوت المناسبة التي تعبّر عن الوجه، وهكذا يكرر العملية مع كل وجه.

4- تستخدم الباحثة الجمل من خلال ربط الأسماء بنوع الأفعال مثلاً (يبتسم)، فيُخرج المشرف الوجه السعيد.

5- تطلب الباحثة من الأطفال إخراج الوجه الذي تتحدث عنه بتوجيهٍ من مشرف الصف.

6- تطلب الباحثة من كل طفلٍ القيام بعرض الصور التي تعبّر عن الفعل الذي تطلبه.

7- يعزّز الطالب عند كل محاولة ايجابية تصدر عنه.

- **من الجلسة التاسعة والأربعين إلى الجلسة الحادية والخمسين [49-51]:**
- **الهدف الفرعي : زيادة القدرة على التواصل الاجتماعي لدى الطفل.**
- **الهدف السلوكي : (أن يستطيع الطفل التمييز بين التعبيرات الوجهية المختلفة (وجه ضاحك، حزين، غاضب).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (40) دقيقة.
- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** أقنعة بتعبيرات مختلفة، قطع كرتونية ملونة، مقصّ.
- **الفنيات المستخدمة:** النمذجة، التعزيز، الموسيقى، التلقين اليدوي، التجاهل.
- **الخطوات:**

1- تدخل الباحثة إلى غرفة الصف ومعها مجموعة من أكياس الكرتون بيضاء اللون.

2- تأخذ الباحثة الكيس الفارغ وتبدأ بثقب مكان الأعين وتضع له فماً وأنفاً من الورق الملون.

3- تضع الباحثة على الكيس الأول فماً يدل على الابتسامة مصنوعاً من الورق الملون، وعلى الكيس الثاني فماً يدل على الغضب، وعلى الكيس الثالث فماً يدل على الحزن، وهكذا يتم صنع ثمانية أكياس تدل على تعبيرات وجهية مختلفة.

4- توزّع الباحثة كيساً لكل طفلٍ وتطلب منه أن يضعه على رأسه كقناع بما فيهم المشرف.

5- تغنّي الباحثة أغنية بسيطة وتطلب من الأطفال تقليدها بالشكل والصوت، مثلاً:

(رامي وجهه مبتسم ... مبتسم... مبتسم ... مبتسم دائماً).

6- يكرّر الأطفال كلمة (مبتسم) ويرفع صاحب الوجه المبتسم يده اليمنى بتوجيهٍ من المشرف.

7- تبدّل الباحثة القناع مع كل أغنية لتدل عليها (تضع قناع لوجه غاضب عندما تدل الأغنية على ذلك).

8- تعزّز إجابات الأطفال ويتجاهل كل سلوك غير مرغوبٍ به.

- **التقييم:** استمارة ملاحظة توضح عدد المحاولات التي يقوم بها كل طفل.

- **من الجلسة الثانية والخمسين إلى الجلسة الخامسة والخمسين [52-55]:**

- **الهدف الفرعي : زيادة القدرة على التواصل الاجتماعي لدى الطفل.**

- **الهدف السلوكي : (أن يستخدم الطفل الإيماءات والإشارات الاجتماعية الدالة على التعبيرات السابقة).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (40) دقيقة.

- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** صور كرتونية لمواقف مختلفة، مجموعة من الصور لمواقف معينة.

- **الفنيات المستخدمة:** التعزيز، المكافأة المادية، التلقين اليدوي، النمذجة، لعب الدور.

- **الخطوات:**

1- تقوم الباحثة بعرض كل موقفٍ والتحدث عنه بالكلام مع نبرات الصوت الملائمة ثم إظهار الصورة، وهذه المواقف هي:

1- الخروج للحديقة.

2- صورة لطفل يشدّ صديقه.

3- التصفيق لطفلٍ ما.

4- اللعب بالأرجوحة.

5- كأس سقط على الأرض.

2- تقوم الباحثة بعرض الصور التي تعبّر عن المواقف المختلفة وتوزيعها على الأطفال بحيث يحصل كل طفلٍ على الصور الدالة على الأمزجة.

3- تطلب الباحثة من المشرف إرفاق المواقف بالصور الدالة عليها.

4- يقوم المشرف بتقليد الصور الدالة على الأمزجة عن طريق تعبيرات الوجه وذلك أمام الأطفال كي يتمكنوا من تقليد تلك الصور.

5- تشكر الباحثة مشرف الصف لحسن أدائه وتطلب من الجميع التصفيق له.

6- تطلب الباحثة من الأطفال تقليد كل صورةٍ تقوم بعرضها باستخدام التعبيرات الوجهية الملائمة مع تعزيز كل إجابة بعبارات المدح والثناء.

7- تعزّز الإجابة الصحيحة بنجوم توضع على صدر الطفل.

- **من الجلسة السادسة والخمسين إلى الجلسة الثامنة والخمسين [56-58]:**
- **الهدف الفرعي : زيادة القدرة على التواصل الاجتماعي لدى الطفل.**
- **الهدف السلوكي : (أن يستخدم الطفل الإيماءات والإشارات الاجتماعية الدالة على التعبيرات السابقة).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (40) دقيقة.
- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** عرائس، وجوه مختلفة.
- **الفنيات المستخدمة:** التعزيز المادي، النمذجة، التلقين اليدوي.
- **الخطوات:**

1- تقوم الباحثة بلبس عروس بيدها تبتسم وتبدأ تقترب من الأطفال ثم تبتعد محركةً العروس أمامهم.

2- يتم توزيع مجموعة من الوجوه المختلفة (ضاحك، باكي، غاضب) على أطفال المجموعة.

3- تسأل الباحثة: (هل هذا الوجه يضحك؟)، فيقوم الطلاب بإخراج الوجه الضاحك بمساعدة المشرف.

4- تطلب الباحثة من كل طفلٍ تقليد الوجه الضاحك.

5- تعزّز إجابة الطفل الصحيحة بإعطائه شيئاً محبباً له.

6- تكرّر هذه العملية عدة مرات لتشمل جميع التعبيرات الاجتماعية.

- **التقييم:** استمارة ملاحظة توضح عدد المحاولات التي يقوم بها كل طفل.

- **من الجلسة التاسعة والخمسين إلى الجلسة الحادية والستين [59-61]:**
- **الهدف الفرعي : زيادة الإقبال الاجتماعي لدى الطفل على الآخرين والتحرك نحوهم**
- **الهدف السلوكي : (أن يقدم الطفل المساعدة إلى رفاقه عندما يطلب منه ذلك).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (30) دقيقة.

- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** صورة كبيرة مجزّأة لحيوان (قط) وأخرى كاملة، مجموعة من الصور الصغيرة توزّع على الأطفال.
- **الفنيات المستخدمة:** التعزيز، النمذجة.
- **الخطوات:**

1- تقوم الباحثة بإحضار صورتان كبيرتان لحيوان (قط مثلاً)، إحداهما كاملة والأخرى مجزّأة إلى أجزاء صغيرة.
2- توزّع الباحثة صور (القط) على أفراد المجموعة.
3- توضّح الباحثة للطفل صورة الحيوان كاملة ثم تظهرها وهي مجزّأة.
4- تطلب الباحثة من المشرف مساعدته على تجميع أجزاء الصورة لتظهر بشكلها الكامل.
5- تقوم الباحثة بتجزئة الصورة من جديد وتطلب من المشرف وأحد الأطفال إكمال الصورة وتجميعها.
6- تكرّر هذه العملية بين المشرف وكل طفلٍ من أطفال المجموعة على حدة حتى يتسنى للجميع القيام بالعمل.
7- يتم توزيع أجزاء الصورة على جميع أفراد المجموعة (وعددهم ستة) ويطلب منهم إعادة تجميع الصورة بمساعدة بعضهم البعض (حيث يعطى كل طفل الجزء الموجود أمامه من الصورة لإكمال الشكل المطلوب)، وهكذا يتم تبادل الأجزاء بجوٍ من السعادة والفرح.
8- يعزّز الاختيار الصحيح بكلمة (أحسنت)، ويوجَّه إليهم قول (أخطأت حاول من جديد) في حال الاختيار الخاطئ.
9- تستخدم الباحثة المعززات المحببة تشجيعاً للأطفال على الاستمرار بالتعاون والمشاركة.

- **من الجلسة الثانية والستين إلى الجلسة الرابعة والستين [62–64]:**
- **الهدف الفرعي : زيادة الإقبال الاجتماعي لدى الطفل على الآخرين والتحرك نحوهم**
- **الهدف السلوكي : (أن يقدم الطفل المساعدة إلى رفاقه عندما يطلب منه ذلك).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (35) دقيقة.
- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** أحواض من الزهور، مجموعة من الزهور الطبيعية، جوالين ماء صغيرة، أدوات زراعية.

- **الفنيات المستخدمة:** التعزيز، النمذجة.

- **الخطوات:** بعد إلقاء التحية على الأطفال تتأكد الباحثة من كيفية التدريب على الهدف السلوكي وتبدأ الجلسة بمجموعة من الأنشطة المهيأة لتطبيق الهدف السلوكي التالي:

1- تطلب الباحثة من مشرف التربية الفنية مساعدتها في أداء هذا النشاط وبمشاركة مشرف الصف لتقديم نموذج للعمل.

2- تبتسم الباحثة للجميع قائلةً: (اليوم يا أبطال سنقوم بزراعة بعض الزهور في هذه الأحواض)، وتكرر الجملة ثلاث مرات.

3- تطلب الباحثة من مشرف الصف ومن مشرف التربية الفنية الحضور لتقديم نموذج لعمل حوض من الزهور بطريقة سبق وأن شرحتها الباحثة لهم مسبقاًً وفقاًً للخطوات التالية:

1. يتناوب المشرفون مع الباحثة في نقل التراب من الأرض إلى الحوض بواسطة أدوات الزراعة البسيطة حتى يمتلئ الحوض إلى ثلاثة أرباعه.
2. يتناوب المشرفون مع الباحثة على رشّ التربة بقليل من الماء مع مساعدة بعضهم البعض (كأن ترشّ الباحثة الماء على الحوض ويساعدها مشرف الصف بمسك الجالون).
3. تزرع الباحثة ومشرفو الصف والتربية الفنية الأزهار (كل فرد يزرع زهرة).

4- تقف الباحثة أمام الأطفال مرة أخرى وتقول: (الآن يا أبطال سنقوم بعمل حوضين من الزهور كما فعلنا قبل قليل).

5- توزّع الباحثة الأطفال إلى مجموعتين وكل منهما تتكون من ثلاثة أطفال.

6- تضع الباحثة أمام كل مجموعة (حوضاًً، جالون ماء، بعض الزهور، أدوات نقل التربة).

7- تحثّ الباحثة الأطفال على التعاون فيما بينهم لعمل الحوض وتشجّعهم بعبارات تشجيعية متنوعة مثلاً (أحسنت، ممتاز).

8- تطلب الباحثة من الأطفال أن يساعدوا بعضهم البعض أثناء نقل التربة أو رشّ الماء أو عند زراعة الزهور، مع استعمال التوجيه اليدوي إذا لزم الأمر.

9- عندما ينتهي الأطفال من زراعة الزهور في الحوض، تصفّق الباحثة وتقول لهم: (رائع، أحسنتم يا أبطال).

10- تطلب الباحثة من الأطفال التعاون لتنظيف المكان من النفايات.

11- يعزّز الأطفال بالتصفيق وعبارات الثناء والمدح مقرونةً بالمعززات المادية.

- **التقييم:** استمارة ملاحظة توضح عدد المحاولات التي يقوم بها كل طفل.

- **من الجلسة الخامسة والستين إلى الجلسة السابعة والستين [65-67]:**
- **الهدف الفرعي : زيادة الإقبال الاجتماعي لدى الطفل على الآخرين والتحرك نحوهم**
- **الهدف السلوكي : (أن يندمج الطفل في مجموعات أنشطة (عمل تعاوني لمدة 5-10 دقائق).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (25) دقيقة.

- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** مجموعة من الخرز بألوان مختلفة وأشكال مختلفة، سلك، بطاقات عليها تشكيلات مختلفة.

- **الفنيات المستخدمة:** التعزيز، المكافأة الرمزية، التقليد.

- **الخطوات:** بعد إلقاء التحية على الأطفال، يتم التأكد من كيفية التدريب على الهدف السلوكي السابق وهل تمّ بنجاح أم لا، ثم تبدأ الجلسة بالهدف السلوكي الجديد:

1- تحضّر الباحثة الأطفال وتجمعهم حول المنضدة وتبدأ بإظهار الخرز وتعرّفهم على اسم ولون كل منها.

2- تبدأ الباحثة بتنظيم الخرز عشوائياًَ أمام الأطفال، ثم تبدأ بالنظر إلى البطاقة وتعمل مثلها وتريها إلى الأطفال بمساعدة مشرف الصف.

3- تطلب الباحثة من كل طفلٍ من الأطفال الموجودين حول المنضدة القيام بضم الخرز حسب الشكل الموجود في البطاقة الموزعة لهم (حيث يوجد لكل طفل سلك ومجموعة من الخرز وبطاقة خاصة تحدد الشكل المطلوب).

4- يتبادل الأطفال الأشكال والألوان فيما بينهم ليصل كل طفلٍ إلى الشكل الموجود في بطاقته.

5- تظهر الباحثة عبارات الثناء والمدح لكل مساعدة يقدمها أحد الأطفال لزميله، وتعطيه فيشاً بلاستيكية كنوع من التعزيز الرمزي يتم استبدالها بمعززات مادية.

6- تقيّم الباحثة قدرة كل طفلٍ على العمل وهل تم ذلك بنجاح أم لا.

7- تعزّز الأعمال الصحيحة بمعززات رمزية (نجوم، التصفيق له)، وتتجاهل الأعمال غير الصحيحة.

- **الجلسة الثامنة والستين والجلسة التاسعة والستين [68–69]:**
- **الهدف الفرعي : زيادة الإقبال الاجتماعي لدى الطفل على الآخرين والتحرك نحوهم**
- **الهدف السلوكي : (أن يندمج الطفل في مجموعات أنشطة (عمل تعاوني لمدة 5–10 دقائق).**

– **المدة اللازمة للجلسة:** (30) دقيقة.

– **الأدوات والوسائل المستخدمة:** ورق كرتون، أقلام رصاص، أقلام تلوين، لاصق.

– **الفنيات المستخدمة:** النمذجة، التعزيز الإيجابي.

– **الخطوات:**

1– تقوم الباحثة بالتنسيق مع معلم التربية الفنية لترتيب الجلسة الحالية من حيث انتقاء الأدوات المناسبة واختيار المكان المناسب في غرفة الصف لممارسة الرسم التعاوني الحر على الأرض.

2– تحضّر الباحثة مجموعة من ألواح الكرتون وتلصقها على الأرض بمساعدة المشرف، وتطلب من الأطفال أن يخلعوا أحذيتهم، ثم تشير الباحثة إلى ألواح الكرتون قائلةً: (اليوم يا أبطال تعاونوا فيما بينكم لترسموا أجمل اللوحات).

3– تبدأ الباحثة مع مشرف التربية الفنية بالرسم على الألواح مع تبادل الألوان فيما بينهم كنموذج للعمل.

4– توزّع الباحثة الأطفال إلى مجموعتين، كل منهما تتكون من ثلاثة أطفال.

5– تزوّد الباحثة كل مجموعة بأقلام رصاص ومجموعة ألوان مختلفة.

6– تطلب الباحثة من الأطفال رسم ما يشاءون مع الحرص على تبادل الألوان فيما بينهم، مع المحافظة على ورق الرسم وعدم تلطيخه أو تلطيخ أي جزء من أرضية الفصل.

7– تحثّ الباحثة الأطفال على التعاون فيما بينهم على النحو التالي:

1– يتبادل الأطفال فيما بينهم في الرسم.

2– يتبادل الأطفال فيما بينهم في التلوين.

3– يساعد الأطفال بعضهم البعض أثناء الرسم والتلوين، فعندما يرسم أو يلون أحد الأطفال الجزء الخاص به يقوم زملاؤه بتزويده بالألوان أو الأقلام.

8– تشجّع الباحثة كل طفلٍ يقدم المساعدة لزملائه بعبارات الشكر والمدح.

9- عندما ينتهي الأطفال من الرسم والتلوين، يتم مكافأة كل طفلٍ على عمله مهما كان ضئيلاً.

- **من الجلسة السبعين إلى الجلسة الثالثة والسبعين [70-73]:**

- **الهدف الفرعي : زيادة الإقبال الاجتماعي لدى الطفل على الآخرين والتحرك نحوهم**
- **الهدف السلوكي : (أن يندمج الطفل في مجموعات أنشطة (عمل تعاوني لمدة 5-10 دقائق).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (30) دقيقة.
- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** سلة، كرة سلة.
- **الفنيات المستخدمة:** النمذجة، التلقين اليدوي، المكافأة المادية.
- **الخطوات:**

1- تأخذ الباحثة الأطفال إلى غرفة الألعاب وتطلب منهم الوقوف على خط واحد وسماع التعليمات.

2- تقوم الباحثة بإحضار كرة السلة للقيام بالهدف، وتطلب من مشرف التربية الرياضية مساعدتها في تنفيذ العمل.

3- ترمي الباحثة الكرة إلى المشرف ليمسكها ويعاود المشرف ويرمي الكرة إلى الباحثة لتضعها في السلة.

4- تطلب الباحثة من أحد الأطفال القيام بأداء العمل مع المشرف كما حدث سابقاً.

5- تكرّر هذه العملية مع كل طفلٍ من أطفال المجموعة مع التوجيه بعبارات المدح والثناء لكل محاولة إيجابية وتجاهل المحاولات الخاطئة.

6- توزّع الباحثة الأطفال إلى مجموعتين، كل مجموعة تضم ثلاثة أطفال، وتزود كل منهما بكرة سلة.

7- يتبادل الأطفال الكرة فيما بينهم ثم يرميها أحدهم في السلة حسب الترتيب التالي (1-2-3).

8- يعاد ترتيب أطفال المجموعة الواحدة ليتسنى لكل طفلٍ وضع الكرة في السلة (3-2-1)،(3-1-2).

9- تعزّز الباحثة سلوكات الأطفال الإيجابية بتوزيع بعض الجوائز البسيطة عليهم كشكلٍ من أشكال المكافأة المادية.

- **التقييم:** استمارة ملاحظة توضح عدد المحاولات التي يقوم بها كل طفل.

- **من الجلسة الرابعة والسبعين إلى الجلسة السابعة والسبعين [74–77]:**

- **الهدف الفرعي : زيادة الإقبال الاجتماعي لدى الطفل على الآخرين والتحرك نحوهم**
- **الهدف السلوكي : (أن يقوم الطفل بإجراء حوار مع أقرانه (سؤال وجواب).**

– **المدة اللازمة للجلسة:** (45) دقيقة.

– **الأدوات والوسائل المستخدمة:** ميكروفونات ملونة، طاولة كبيرة، كراسي.

– **الفنيات المستخدمة:** النمذجة، التعزيز، لعب الدور.

– **الخطوات:**

1– تقوم الباحثة بتهيئة وترتيب المكتبة مكان الجلسة على النحو التالي:

1. تضع طاولة مغطاة بغطاء أخضر في مقدمة المكتبة.
2. تضع كرسيّيْن خلف الطاولة، أحدهما يجلس عليه المقدم التلفزيوني والآخر يجلس عليه الضيف.
3. تضع ميكروفونَيْن ملونين على الطاولة.
4. تضع عدداً من الكراسي على بعد متر من مقدمة الطاولة ليجلس عليها الأطفال.

2– تطلب الباحثة من مشرف التربية الفنية ترشيح طالبين من طلاب الصفوف العليا (مثلاً ذوي إعاقة حركية) لمساعدته على إنجاز هذا الهدف، (ملاحظة: تم اختيار هذه الفئة من الإعاقات لسهولة التعامل معها وقدرتها على استيعاب وتتبّع التعليمات).

3– ترحّب الباحثة بالطالبين وتشكرهما على تعاونهما وقبولهما الدعوة.

4– تشجّع الباحثة أطفال المجموعة على إلقاء التحية على الطالبين ومصافحتهما باليد.

5– تطلب الباحثة من أطفال المجموعة الجلوس على الكراسي (الجمهور) والإنصات للتعليمات.

6– تطلب الباحثة من الطالبين الجلوس على الكراسي المعدّة للمذيع والضيف بحيث يقوم أحدهما بدور المذيع والآخر بدور الضيف.

7– يقوم الطالبان بأداء الأدوار المطلوبة منهما وفقاً للسيناريو التالي: (يتم تدريب الطالبين على السيناريو قبل الجلسة)

المذيع: السلام عليكم، نرحّب بضيفنا العزيز. الضيف: وعليكم السلام.

المذيع: ما اسمك. الضيف: (كرم مثلاً).

المذيع: هل تحبّ المدرسة. الضيف: نعم.

المذيع: ممتاز (يطلب من الجمهور التصفيق له).

المذيع: هل تحب أصدقاءك. الضيف: نعم، كثيراً.

المذيع: رائع، رائع (يطلب من الجمهور التصفيق له بشدة).

المذيع: وداعاً كرم. الضيف: شكراً لكم.

8- تشكر الباحثة الطالبين عندما ينتهيان من عرض نموذج المقابلة التلفزيونية وتحثّ الأطفال الستة على تقديم الشكر لهم.

9- تبتسم الباحثة قائلةً: (والآن يا أبطال جاء دوركم).

10-تتيح الباحثة الفرصة لكل طفلٍ أن يقوم بدور المذيع ومرةً أخرى بدور الضيف.

11-تشجّع الباحثة الأطفال أثناء قيامهم بأداء الأدوار المطلوبة منهم بعبارات (ممتاز، رائع، شاطر، أحسنت).

12-تشكر الباحثة الأطفال عند نهاية الجلسة وتثني على العمل الجميل الذي قاموا به.

- **من الجلسة الثامنة والسبعين إلى الجلسة الحادية والثمانين [78-81]:**
- **الهدف الفرعي : زيادة الإقبال الاجتماعي لدى الطفل على الآخرين والتحرك نحوهم**
- **الهدف السلوكي : (أن يقوم الطفل بإجراء حوار مع أقرانه (سؤال وجواب).**

- **المدة اللازمة للجلسة:** (40) دقيقة.
- **الأدوات والوسائل المستخدمة:** أجهزة هواتف، طاولات، كراسي.
- **الفنيات المستخدمة:** الاقتصاد الرمزي، التعزيز المادي، التعزيز الاجتماعي، النمذجة، التلقين اليدوي،
- **الخطوات:**

1- تطلب الباحثة من مشرف التربية الفنية ترشيح طالبين من طلاب الصفوف العليا لمساعدته على انجاز هذا الهدف.

2- ترحّب الباحثة بالطالبين وتحثّ كل طفلٍ من أطفال المجموعة على مصافحة الطالبين والتعريف بأسمائهم.

3- توزّع الباحثة الأطفال إلى ثلاث مجموعات، كل منها تتكون من طفلين.

4- تدعو الباحثة الطالبين للجلوس على مقعدين وأمام كل منهما جهاز هاتف على طاولة صغيرة لتوضيح طريقة القيام بمحادثة هاتفية سبق وأن اتفقت الباحثة مع الطالبين على تفاصيلها قبيل البدء بالجلسة.

5- يرفع الطالب (أحمد مثلاً) سماعة الهاتف ويتّصل بصديقه (عليّ) ليدور بينهما الحوار التالي:

أحمد: السلام عليكم   عليّ: عليكم السلام

أحمد: هل عليّ موجود؟   عليّ: أهلاً، أنا عليّ

أحمد: هل تحب التفاح؟   عليّ: نعم ، وأنت؟

أحمد: أحبه كثيراً. (يتم تعزيز أحمد وعليّ بإعطاء تفاحة لكلٍ منهما)

أحمد: إلى اللقاء، عليّ   عليّ: إلى اللقاء

6- تطلب الباحثة من جميع الأطفال التصفيق لهذين الطالبين بصوتٍ عالٍ.

7- تبتسم الباحثة للأطفال قائلةً: (والآن جاء دوركم).

8- تطلب الباحثة من كل مجموعة أن تجري محادثة هاتفية.

9- تشجّع الباحثة كل طفلٍ يؤدي دوره بكلمات مثل: (عظيم، جيد)، كما توزّع بطاقات لكل طفلٍ أدى دوره بشكل كامل.

10-تختم الباحثة الجلسة قائلةً: (والآن مَن حصل على بطاقة يضعها أمامه على الطاولة).

11-تمرّ الباحثة على كل طفلٍ حصل على بطاقة ويتم استبدالها بمعززات محببة (حسب كل طفل) إضافةً للعبارات التشجيعية.

- **التقييم:** استمارة ملاحظة توضح عدد المحاولات التي يقوم بها كل طفل.

- **من الجلسة الثانية والثمانين إلى الجلسة الخامسة والثمانين [82-85]:**

- تهدف إلى إعادة التدريب على المهارة الأولى، وهي زيادة الإقبال الاجتماعي على الآخرين والتحرك عندهم.

- **من الجلسة السادسة والثمانين إلى الجلسة التاسعة والثمانين [86–89]:**

– تهدف لإعادة التدريب على المهارة الثانية، وهي زيادة الاهتمام الاجتماعي بالآخرين والانشغال بهم.

- **من الجلسة التسعين إلى الجلسة الثالثة والتسعين [90–93]:**

– تهدف إلى إعادة التدريب على المهارة الثالثة، وهي زيادة القدرة على التواصل الاجتماعي.

- **من الجلسة الرابعة والتسعين إلى الجلسة السادسة والتسعين [94–96]:**

– يتم من خلالها إجراء عمليات التقويم والتطبيق البعدي للأدوات.

ملحق (9): يبين درجات أطفال المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي في القياسين (القبلي والبعدي)

القياس	العينة	أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي			
		الإقبال الاجتماعي	الاهتمام الاجتماعي	التواصل الاجتماعي	الدرجة الكلية
القياس القبلي	1	4	5	5	14
	2	3	4	3	10
	3	3	4	4	11
	4	3	3	3	9
	5	4	4	4	12
	6	3	4	3	10
	المجموع				
القياس البعدي	1	3	5	5	13
	2	3	4	3	10
	3	3	4	4	11
	4	3	3	3	9
	5	3	3	4	10
	6	5	6	4	15
	المجموع				

المجموعة الضابطة ن = 6

ملحق (10): يبين درجات أطفال المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي في القياسات (القبلي والبعدي والتتبعي)

القياس	العينة	أبعاد مقياس التفاعل الاجتماعي			
		الإقبال الاجتماعي	الاهتمام الاجتماعي	التواصل الاجتماعي	الدرجة الكلية
القياس القبلي	1	4	4	3	11
	2	3	4	3	10
	3	3	5	4	12
	4	4	4	5	13
	5	3	3	3	9
	6	3	4	3	10
	المجموع				
القياس البعدي	1	15	16	19	50
	2	16	17	19	52
	3	13	12	20	45
	4	21	14	16	51
	5	16	17	14	47
	6	20	18	18	56
	المجموع				
القياس التتبعي	1	16	17	19	52
	2	15	17	19	51
	3	15	13	19	47
	4	19	15	16	50
	5	16	15	15	46
	6	20	18	17	55
	المجموع				

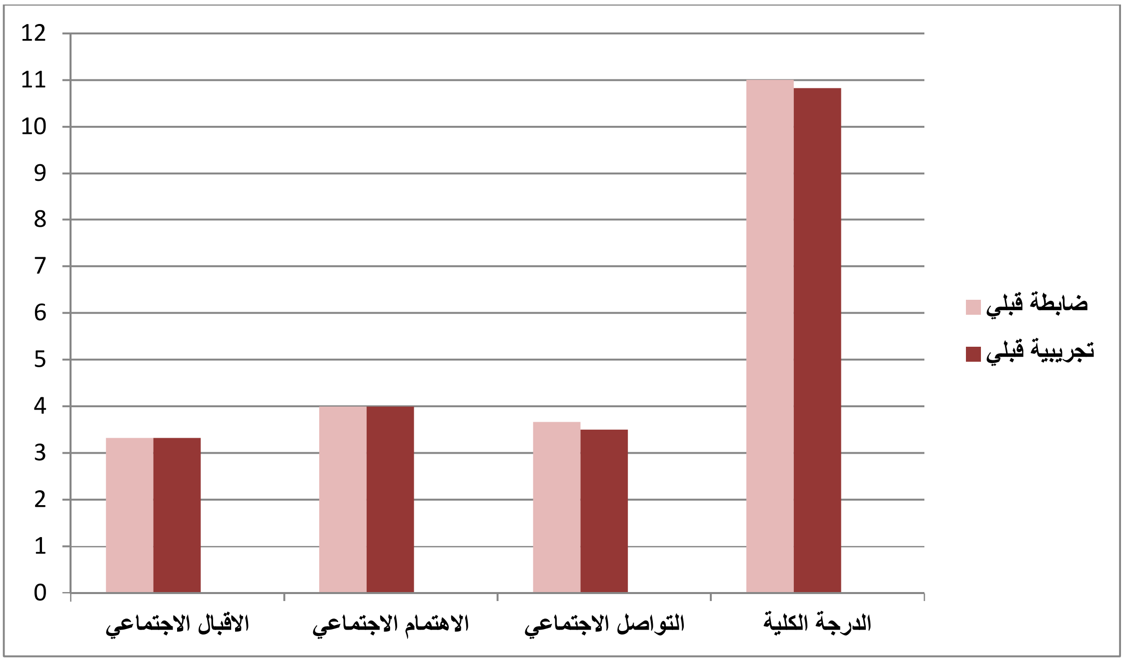
المجموعة التجريبية ن = 6

ملحق (11): يبين درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس جيليام للتوحد في القياس القبلي لحساب التكافؤ

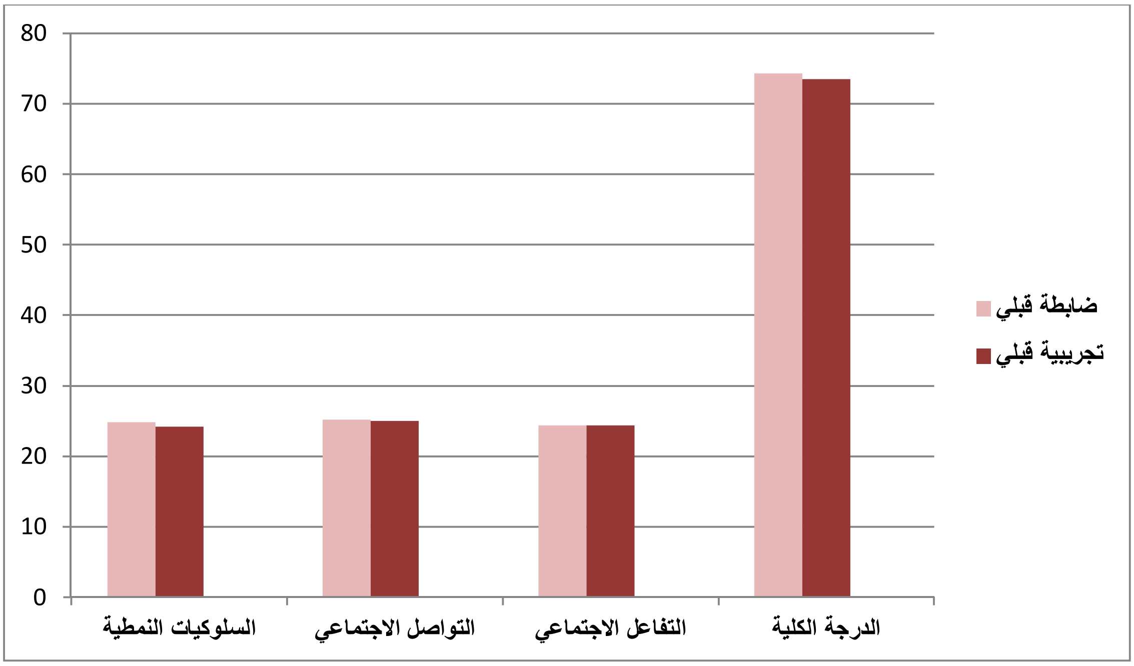
المجموعة	العينة	أبعاد مقياس جيليام			
		السلوكيات النمطية	التواصل	التفاعل الاجتماعي	الدرجة الكلية
الضابطة ن = 6	1	21	24	30	75
	2	22	25	25	72
	3	28	23	23	74
	4	25	30	22	77
	5	27	27	26	80
	6	26	22	20	68
	المجموع				
التجريبية ن = 6	1	20	23	28	71
	2	23	24	27	74
	3	23	26	20	69
	4	31	28	20	79
	5	24	26	27	77
	6	24	23	24	71
	المجموع				

ملحق (12): التمثيل البياني لمتوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده وعلى مقياس جيليام للتوحد

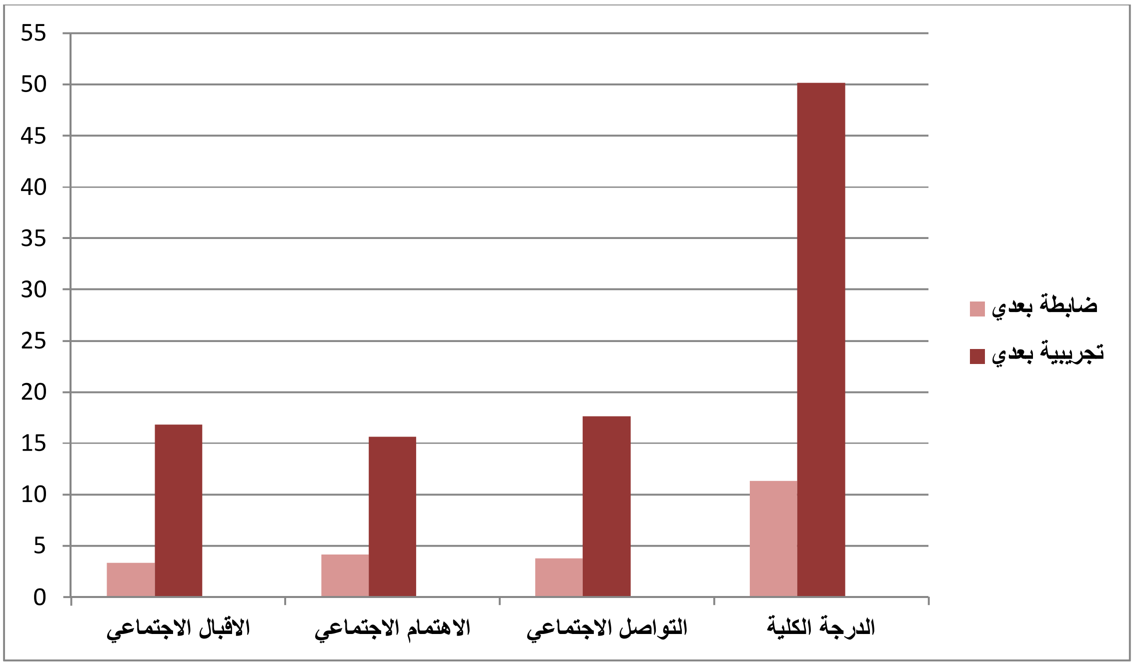
1- يوضح الشكل التالي التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج على مقياس التفاعل الاجتماعي وأبعاده



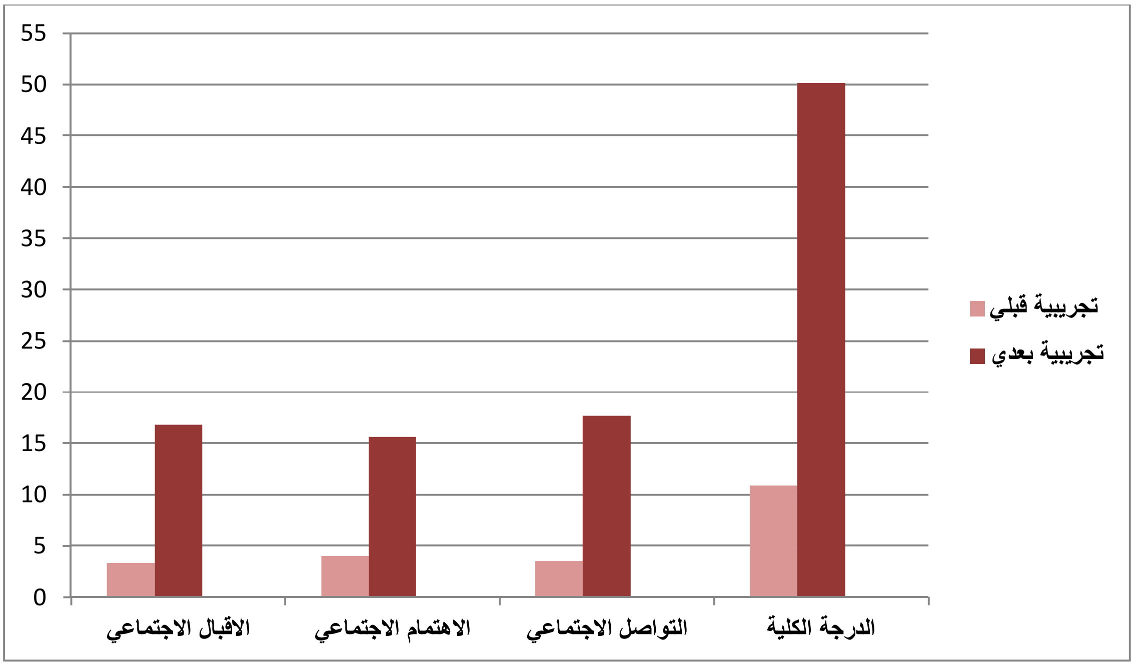
2- يوضح الشكل التالي التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج على مقياس جيليام وأبعاده



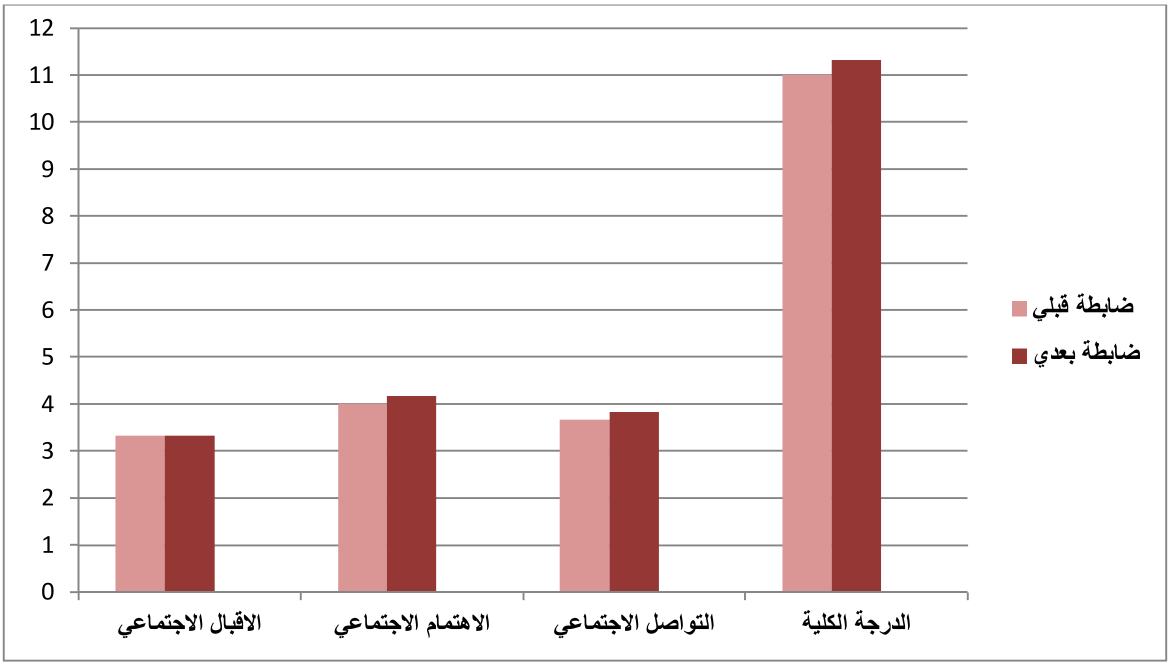
3- يوضح الشكل الآتي الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي وذلك لصالح المجموعة التجريبية



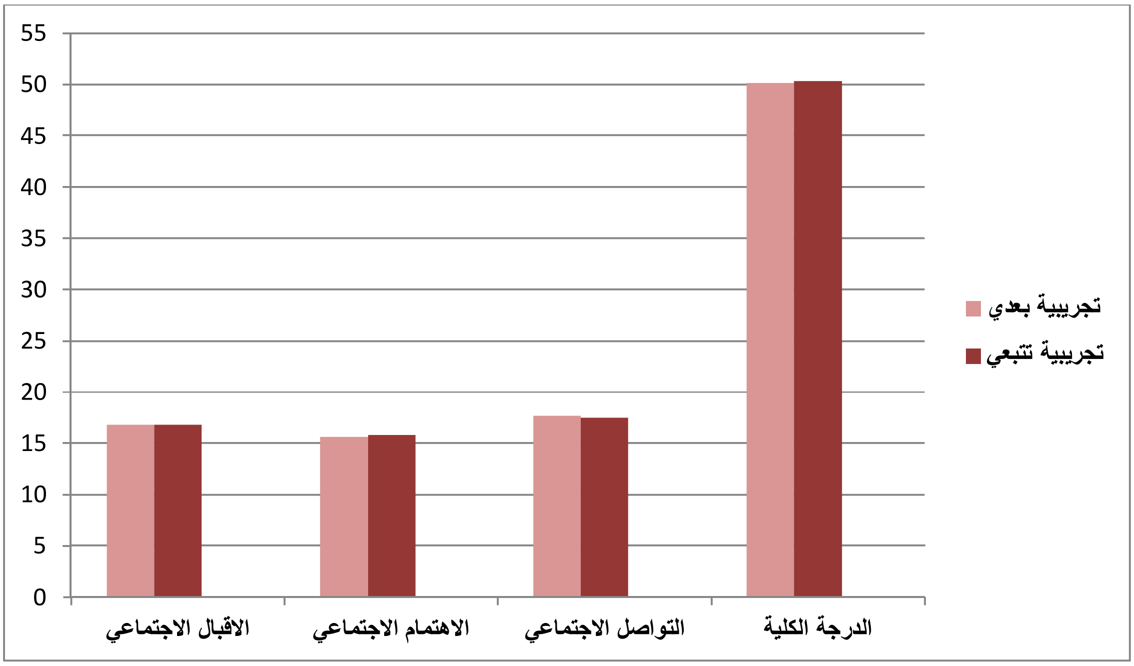
4- يوضح الشكل الآتي الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي-البعدي) وذلك لصالح القياس البعدي



5- يوضح الشكل الآتي عدم وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياسين (القبلي-البعدي)



6- يوضح الشكل الآتي عدم وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي-التتبعي)



نماذج صور لبعض أنشطة البرنامج التدريبي المقترح

صور للأطفال وهم يمارسون نشاط تجميع الصورة المجزأة (وهي عبارة عن أجزاء الجسم)







صور للأطفال وهم يتبادلون القاء التحية بالاستعانة بصور توضح ذلك






أصافح صديقي

صورة للأطفال والمشرفة تقرأ عليهم القصة الاجتماعية



صورة للأطفال والمشرفة تشجعهم على مد اليد للوداع



صور للأطفال وهم يمارسون نشاط (فات الثعلب) لتعلم انتظار الدور





صور للأطفال وهم يمارسون نشاط (ضم الخرز)

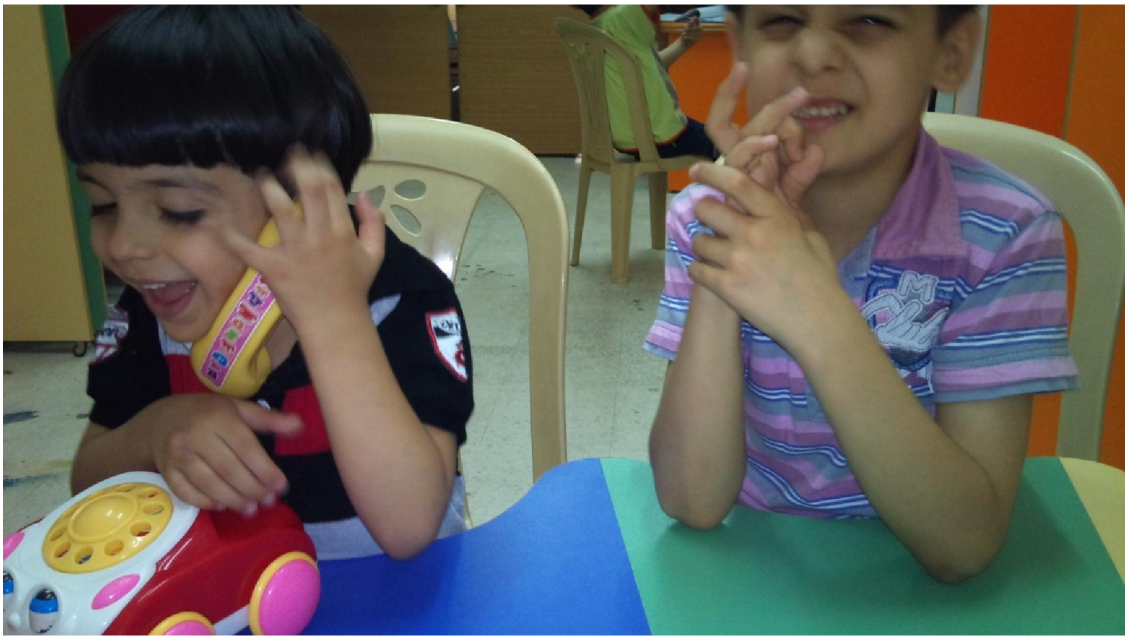




صور للأطفال وهم يمارسون نشاط (اجراء مكالمة هاتفية)







صور للأطفال وهم يمارسون نشاط (البيع والشراء)





صور للأطفال وهم يمارسون نشاط (لعبة العرائس)





صور للأطفال وهم يمارسون نشاط (الرسم الحر)

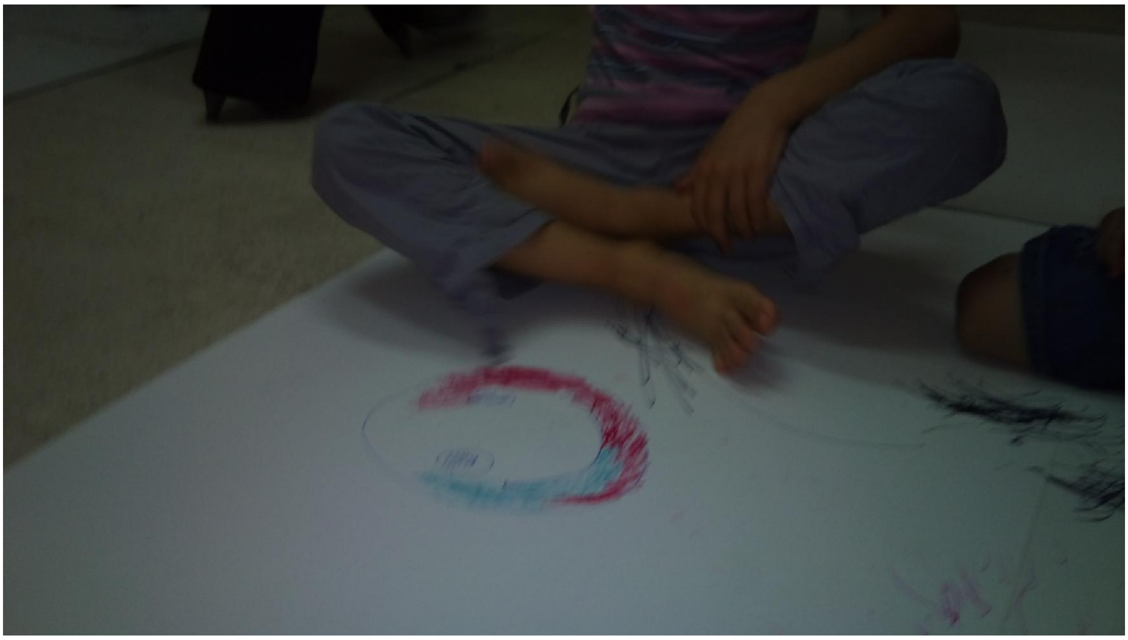




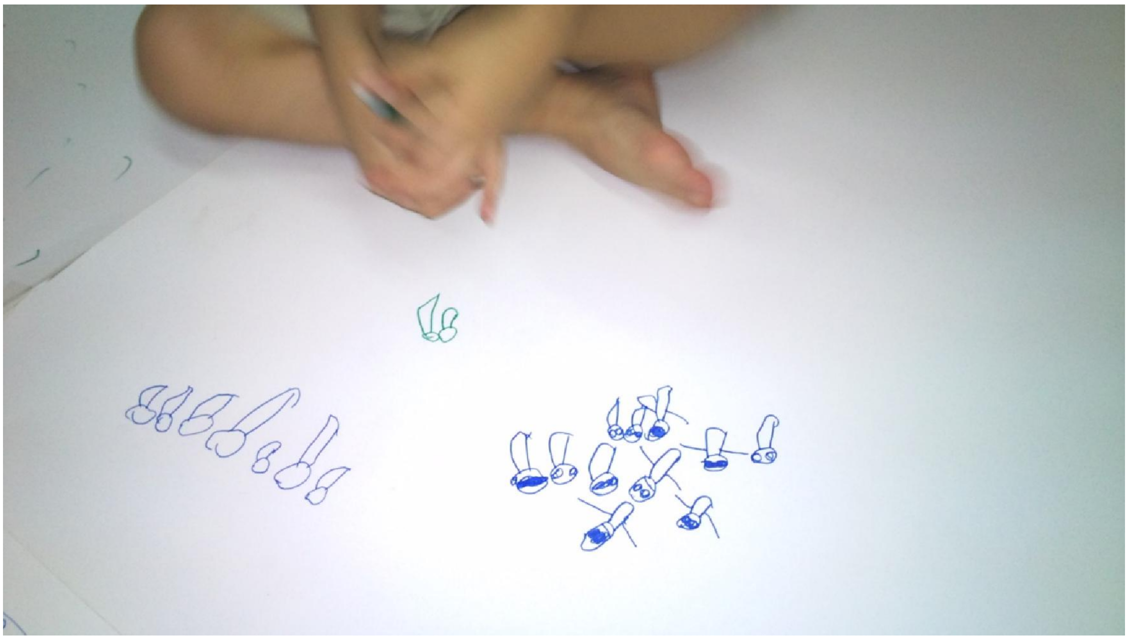




بعض رسومات الاطفال أثناء الرسم الحر




STAR CHILD





صورة للأطفال وهم يمارسون نشاط (انتظار الدور)



صور للأطفال وهم يمارسون نشاط (الذهاب الى الحديقة)







صور لبعض الوسائل المستخدمة






أنا لا أمزق كتابي



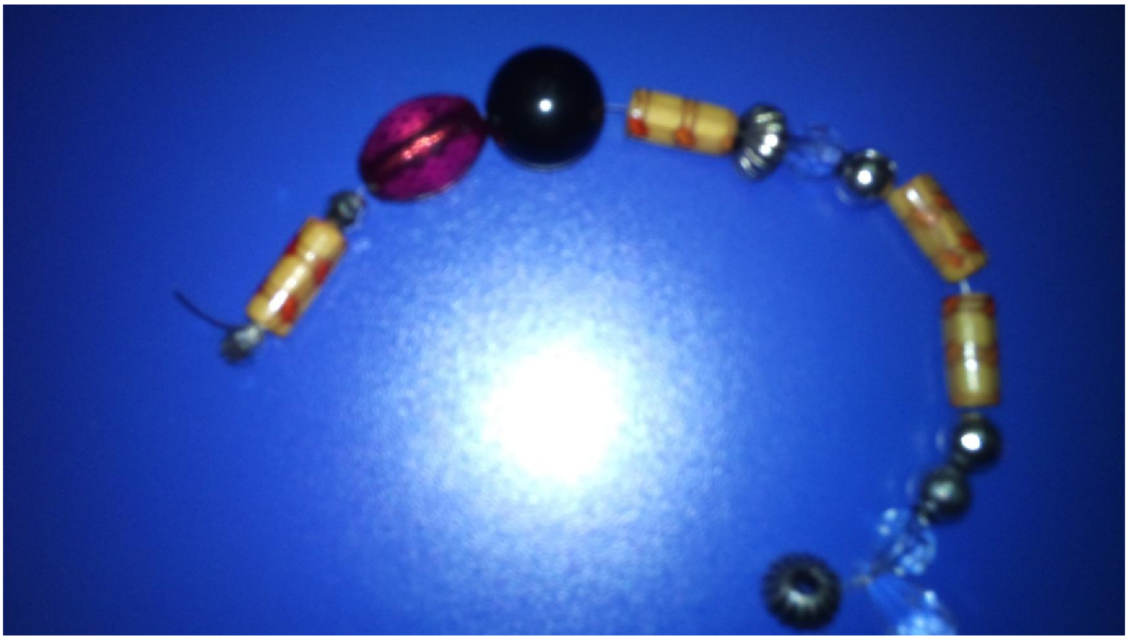



زَارَتْ لَيلى صَدِيقَتَها سيما
فَأَخَذَتْهَا سيما إلى غُرْفَتِهَا و أَرَتْهَا أَلْعَابِهَا




أساعد أصحابي عند الحاجة





ملخص الدراسة باللغة الانكليزية

The effectiveness of behavioral training program to improve the social interaction in children with autism

By: Binan Mohammed Kayyali
Supervisor: Dr. Dania Al-Kudsi

ABSTRACT

This study aimed to investigate the effect of a training program to improving the social interaction of a sample of an autistic children, the study sample consisted of two groups (experimental and control), each one consists of six autistic male children, in order to achieve the aim of this study used a social interaction scale that developed of Dr.Adel abdullah.

The finding of this study could be summarized as follows:

1- There was a statistically significant difference at the level (0.05) in social interaction between the experimental group and control group on the post test to the benefit of the experimental group.
2- There was a statistically significant difference at the level (0.05) in social interaction between the experimental group on the post test and the same group on the pre test to the benefit on the post test.
3- There was statistically significant indifference at the level (0.05) in social interaction between the control group on the post test and the same group on the pre test.
4- There was statistically significant indifference at the level (0.05) in social interaction between the experimental group on the post test and the same group on the follow-up test.

Descriptive statistics mean Man Witnny were used to measure significance of differences between the main scores for two groups.

Analysis of covariance (SPSS) was used to test for differences in post test scores between the two groups (control and experimental) and the Pretest scores were used as covariate in the comparison between two groups.